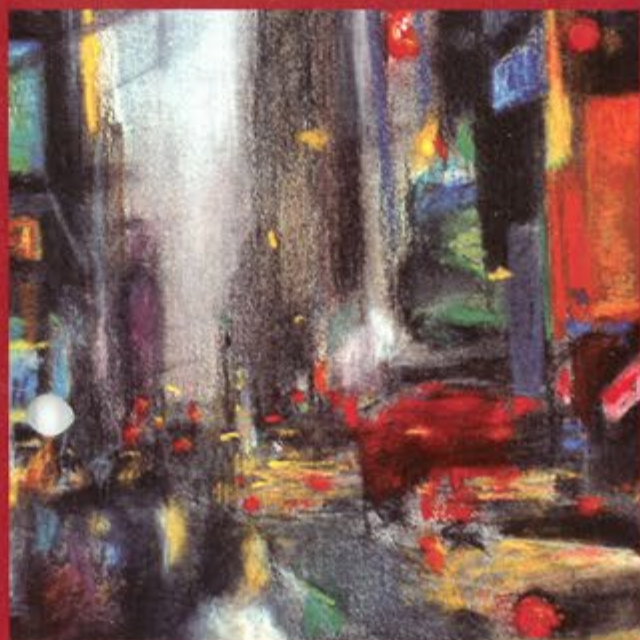




Innhold:

LEDER:

En lytefri kropp og sjel
– eller en helse som er god nok?

Av ANN-KRISTIN STOKKE

1

Helsens grunnstoffer
– og noen freidige spørsmål.

Av PER FUGELLI OG BENEDICTE INGSTAD

2

Kan teknologi skape sykdom?

Av BJØRN HOFMANN

7

Den som tier samtykker – eller ikke.

Kulturforståelse og samhandling med den samiske pasienten.

Av SNEFRID MØLLERSEN

14

Revet løs.

Av PÅL GULBRANDSEN

19

Når tankene behandles som en villkatt.

Av INGVAR WILHELMSEN

21

Salutogenese.

Av LIV TVEIT WALSETH

25

Bør risikoreduksjoner
forklares ved hjelp av tall?

Av PEDER A. HALVORSEN

29

Mestring av kronisk sykdom.

Av YNGVAR CHRISTOPHERSEN

34

REISEBREV: Om helse og uhelse i Tanzania.

Av MAREN HYLEN RANHOFF

38

Om Erlend Briggas Larsen.

2. OMSLAGSIDE



Erlend Briggars Larsen

Erlend Briggars Larsen er født i 1972, og er oppvokst i Haugesund. Fra han var i 11–12 års alderen har han tatt en rekke tegnekurs, først i form av Åke Skiölds brevkurs, og deretter flere kurs i aktttegning på kulturhuset Slakthuset i Haugesund. Etter artium tok han tegning form og farge på Åkra videregående skole, før han i 1992 begynte på Kunsthøgskolen i Bergen. Der fullførte han hovedfaget i tegning i 1997. I 2003 fikk han graden Master of Fine Art, fra New York Academy of Art, og som en del av denne utdannelsen studerte han også en periode på Ruskin College of Fine Art i Oxford. Briggars Larsen har to ganger hatt kunstverk på Høstutstillingen, han har hatt flere separatutstillinger, og i 2002 fikk han stipend fra U.S. – Norway Fulbrights Foundation.

I løpet av utdanningen sin har Briggars Larsen lært å bruke en rekke forskjellige teknikker, noe som gjenspeiles i hans mangfoldige produksjon. Fra starten med blyant, via interesse for kull, bruker Briggars Larsen nå i tillegg teknikker som litografi, oljemaling og pastell. I hans periode på Kunsthøgskolen var det stort fokus både på de grafiske teknikkene, og komposisjonen i kunstverket. I komposisjonen ble det lagt vekt på den todimensjonale flaten. Det var også på høyskolen i Bergen at Briggars Larsen fikk inspirasjon til sine abstrakte kunstverk.

I New York var det derimot fokus på det figurative, på det tredimensjonale i bildene. Formene som ble tegnet eller malt skulle være korrekte, og med fokus på menneskekroppen lærte de anatomi på en skulpturell måte. Undervisningen la vekt på det klassiske, og formene skulle være presise. Briggars Larsen forteller at dette fokuset på korrekthet kunne ha en tendens til å gjøre kunsten stiv, mens tilnærmingen fra Bergen var mer temperamentsfull og frisk. I arbeidet sitt i dag kombinerer Briggars Larsen de mange teknikkene og tilnærmingmåtene hans liv som kunstner har gitt ham.

Briggars Larsen bor idag på Rødmyr i Sveio, hvor han har et atelier og galleri. For de som har anledning er en tur innom atelieret hans å anbefale på det varmeste. Flere av arbeidene hans kan sees på hjemmesiden <http://homepage.mac.com/erlendblarsen> og for de som ønsker å kontakte ham, nåes han på e-post: erlendbl2002@yahoo.no og mobil 916 49 091.

Vi i Utpostenredaksjonen har i år valgt å bruke julenummeret til å presentere en ung kunstner, og de fleste av illustrasjonene i dette nummeret er laget av Erlend Briggars Larsen. På denne måten ønsker vi å både å få et vakkert julenummer, og å introdusere en lovende kunstner for et større publikum. Forslag til unge og lovende kunstnere som kan illustrere neste års julenummer kan sendes til rmrtove@online.no

En lytefri kropp og sjel – eller en helse som er god nok?

Daglig jobber vi leger for å fremme helse, eller kanskje mest med å forebygge, behandle og lindre uhelse og sykdom. I smått og stort står helse-spørsmål sentralt, fra samfunnsmedisineren som sitter ved planleggingsbordet for helsetjenesten i en kommune eller bydel, til legevakslegen som gir råd til foreldre med et febersykt barn. Men hva er egentlig helse?

I løpet av oktober tilbringer jeg hvert år en del timer i skogen. Å være elgjeger på post og sitte stille og lyttende flere timer daglig, gir rom for refleksjon – også om helse. Deltagerne på jaktlaget mitt har en gjennomsnittsalder rundt 70 år. De har lav gjennomsnittlig utdannelse og høy gjennomsnittlig kroppsmasseindeks. Fordelt på de ni mannlige jegerne mangler det ett bein og ett øye, en arm er kappet av, men sydd på igjen. Flere har gjennomgått hjerteoperasjon, to har KOLS. Hvis disse mennene hadde sittet sammen på venterommet på allmennlegekontoret, ville legen i meg primært tenkt risiko, blodtrykk, smerter – kort sagt uhelse. Når vi samles i jakt-hytta mellom øktene eller til felles middag på kvelden, er det imidlertid de gode historiene, småkjekling og middagslaging som preger atmosfæren. Jeg ser menn med rynker og grove hender i godt brukte jaktskjorter – og jeg tenker *helse*. God helse. Ja, mange av jegerne har sine lyter, men jeg har likevel ikke tenkt på dem som personer med dårlig helse.

WHO's definisjon av helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære» – og ikke bare fravær av skade og lyte – er en utopi for både pasienter og behandlere. Professor emeritus Peter F. Hjort har en annen definisjon: «God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav». Dette innebærer at helse for den enkelte også avhenger av andre faktorer enn sykdom.

Sannsynligvis vil vi aldri finne en dekkende definisjon på hva helse egentlig er. Hjorts definisjon ligger kanskje nærmere det de fleste av oss forbinder med helse. Det gjenspeiler seg i Fugelli og Ingstads artikkel, som formidler helse slik folk flest ser det. Snefrid Møllersen skriver om den nære sammenhengen mellom kultur og helse, mens Ingvar Wilhelmsen og Yngvar Christoffersen på hver sin måte formidler hvordan man med egen tenkning og mestring kan bedre egen helse – kronisk syk eller sannsynligvis ikke objektivt syk.

Vi ønsker våre lesere en innsiktsfull og nyansert leseropplevelse og et godt nytt år med helse til å bære hverdagens utfordringer!

Ann-Kristin Stokke

Helsens grunnstoffer – og noen freidige spørsmål

AV PER FUGELLI OG BENEDICTE INGSTAD

Per Fugelli og Benedicte Ingstad har i ti år arbeidet med en omfattende studie av den folkelige helseerfaring. Dette er et prosjekt i Utpostens ånd. Her lytter forskerne til de tanker, følelser og meninger som holder til i folks «helsesjel», i deres egen livsverden. Prosjektet rapporteres i boka: «Helse på norsk. God helse slik folk ser det». Boka er på 500 sider og ble publisert på Gyldendal Akademisk tidligere i høst. Her har forfatterne anrettet en liten julesmak for Utpostens lesere.



Per Fugelli og Benedicte Ingstad

Per Fugelli er professor i sosialmedisin og Benedicte Ingstad er professor i medisinsk antropologi ved Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo. De er begge opptatt av hvordan fordeling av levkår og verdier som verdighet, trygghet og frihet påvirker helsen. De forsker i hovedsak på helseerfaringer og vanskeligstilte menneskers livsvilkår i Norge og Afrika.

Hvorfor «Helse på norsk»?

Det snakkes mye om helse. Vi har *helsevesen*, *helseplaner*, *helsearbeidere*, *helsereform*, *helseminister* osv., men vi vet lite om hva folk flest tenker om helse og hvordan de lever det ut i sitt hverdagsliv.

Den nye helsereformen vektlegger at de ulike nivåer i helsevesenet må samhandle bedre med hverandre (1). Men hva med «det glemte folket»? Hva med «de det gjelder», de vi kaller «gras-rot» eller «folk flest». Hvordan skal det samhandles med dem? For å kunne svare på det må vi vite hva folk tenker omkring helse. Å få innsikt i folks egne helseforestillinger er formålet med denne studien (2).

Drivkreftene bak studien er flere:

- Faglig nysgjerrighet – det er gjort få liknende studier så vel her til lands som andre steder.
- Nytte for helsedemokratiet – gi en stemme til folk.
- Nytte for kommunikasjon mellom pasient og behandler.
- Nytte for det forebyggende helsearbeidet.

Framgangsmåte og informanter

For å vite hva «folk flest» tenker om god helse må man snakke med dem. Det har vi gjort – med i alt 80 informanter (39 kvinner og 41 menn) fra fem forskjellige steder:

- Nordvær – et fiskevær nordpå (12 personer)
- Småby – en kystby i Sør-Norge (10 personer)
- Storby – en bydel i Oslo (15 personer)
- Fjellbygd – en jordbruksbygd på Østlandet (17 personer)
- Vestlandsbygd – en blandet industri og jordbruksbygd på Vestlandet (12 personer).

I tillegg intervjuet vi en gruppe tidligere og nåværende toppidrettsutøvere (14).

Utvalget har sikret oss stemmer fra mange rom i «Det norske hus»: By/land, nord/sør, ung/gammel, kvinne/mann og fra ulike sosiale lag.



Vår metode i jakten på det norske helsebegrepet har vært det antropologen George Marcus (3) kaller «multi-sited ethnography». Denne framgangsmåten består i at man til forskjell fra antropologiens tradisjonelle metode med deltakende observasjon over lang tid i et lokalsamfunn, følger et begrep (eller et individ) i dets ulike sammenhenger og på ulike steder. Vårt redskap har vært det kvalitative intervju, med en stikkordsliste som ledetråd for en samtale som i stor grad har fått flyte fritt på informantenes premisser.

Helsens grunnstoffer

Vi fant at «Helse på norsk» inneholder 10 grunnstoffer:

- trivsel
- likevekt
- helhet
- tilpasning
- funksjon
- å bevege seg mot mål
- livskraft
- motstandskraft
- fravær av tanker om helse
- fravær av sykdom

Vi skal se nærmere på tre av disse grunnstoffene:

Trivsel

Helse er trivsel. Helse er å ha det godt, ikke fullkomment godt, men som en mann i 50-årene i Fjellbygd sier det:

Trivsel ... det går på om du har det alminnelig bra. Det trur eg at eg legger i god helse.

Trivsel kan også veie opp for minusposter i helsens regnskap. Hvis livet blomstrer kan det tåle litt ugress i form av usunn livsstil. En kvinne i Nordvær mener likevekten og trivselen i det gamle fiskerisamfunnet beskyttet mot andre helsefarer:

Kosten ... selvfølgelig skal du ikkje røyk deg i hjel på røyk og drikke tusen kopper kaffe, men æ trur at alt det der rundt feit mat, kaffe og røyk er mindre alvorlig. De gamle spiste alt på sauen, mykje røyk og kaffe og de hadde aldri noe med hjertet. De var harmoniske og hadde det godt. Så lenge du har trivselen, kan du tåle mykje.

Helhet

Ordet helse kommer av gammelnorsk heill, som betyr å være hel. Ja, sier våre informanter: Helse er helhet. En toppidrettskvinne i 30-årene sier:

Fordi æ trur helse henger sammen med så mange ..., det henger sammen egentlig med heile livet ditt.

En kvinne i 30-årene i Småby har to barn, er gift og jobber som ekspeditrise. Hun gir et levende bilde av det utvidede helsebegrepet:

God helse for meg, det er jo ... Selvfølgelig, først og fremst tenker man god helse for seg sjøl, men som mor tenker jeg også at god helse for meg er at ungene mine også har det godt... Jeg klarer ikke se at jeg har god helse hvis ungene mine har det dårlig, ikke fungerer på skolen eller er i en problemsituasjon. Så det jeg opplever er at jeg skal ha en livssituasjon hvor jeg føler at jeg håndterer ungene mine, hvor jeg har økonomi til den sunne maten jeg er interessert i å gi dem, at jeg har venner som jeg føler jeg kan ha fritid sammen med. Og etterpå det så kommer det som jeg synes er god helse, det å kunne le sammen med noen. Og det å kunne ha et godt følelsesmessig forhold.

Helsen er vevd inn i livet selv. Vi har en selverklært hypokonder i materialet vårt, en mann i 40-årene i Storby, som belyser helsens helhet og mangfold på sin måte:

Jobb jeg får til er helse. Bøker er helse. Musikk er helse. God vin er helse. I aller høyeste grad. God helse er sol, fint vær. God helse er en dag hvor alle disse dødelige sykdommene har forlatt meg litt, og jeg bare kjenner sånn så vidt en cim av noe kreft, noe aids-kreft eller noe sånt som jeg har denne uken her.

Bevege seg mot mål

Mange snakker om helse som evne til å gjøre det du har lyst til, det du vil – å kunne bevege seg mot egne mål. Helse, sier en kvinne i 60-årene i Vestlandsbygd, har å gjøre med:

Atte de kan greia det de har lyst te og vil, og klare det, og har energien.

En mann i et kreativt yrke i Storby utbryter:

Alt jeg får til er helse.

En mann i Vestlandsbygd er også opptatt av selvrealisering som kilde til helse:

Kor vidt atte du får nytta dei iboande egenskapene. Når helså fremme det som mennesket står for, i stedet for å hemma, då e helså gode.



Helse som selvrealisering, kommer også tydelig fram i de helseråd vi ber informantene gi til barn og barnebarn.

Mann i 80-årene, Fjellbygd:

De skal tro på seg selv, rett og slett.

Kvinne i 20-årene, Storby:

At du i hovedsak skal følge din egen stemme.

Toppidrettskvinne i 30-årene:

Ja det trur jeg, at dem freista å vera seg sjøl.

Det er tankevekkende at folks beste helseråd til den de er mest glad i er av eksistensiell art. Selvfølgelig forekommer råd av typen: «Hold deg unna narkotika», «Vær fysisk aktiv» og «Ikke begynn å røyke». Men molekylene og kroppen kommer i bakgrunnen for hovedmeldingen: Vær deg selv.

Hva bygger og river helse?

Vi har sett på helsen grunnstoffer – hvor blir de sterke eller svake – hvor er helsekildene, hvor er helsetyvene?

Våre informanter er enige med Ottawa-charteret (4): Helse oppstår der hvor menneskene bor, arbeider og elsker. Helsen blir god eller dårlig påvirket av:

- naturen
- miljøet
- familien
- nabolaget
- arbeidet
- økonomien
- politikken
- religionen
- livsstilen
- personlige egenskaper
- helsetjenesten

Disse potensielle helsekildene setter 11 streker under Wildavsky's 90-10 regel (5): 90 prosent av helsemakten ligger utenfor medisinen: I miljøforvaltning, i fordelingspolitikk, i reint vann og sikker mat, i trygge arbeidsplasser, i et sosialt klima som godtar deg som den du er med din kropp, din funksjonsevne, din seksualitet, din hud, din Gud.

Utsøkte problemstillinger

Nå, av svarene i «Helse på norsk», vokser det noen spørsmål med medisinsk-politisk ladning som det er fristende å legge fram for Utpostens lesere:

Er medisinen blitt vår nye domstol?

Gud er ikke død i «Helse på norsk», men han har nok mistet makt. Medisinen er vår nye domstol, sier Ricoeur. Er det slik i «Helse på norsk»? Ja, et stykke på vei. Her er mye

dårlig samvittighet i den norske helsesjelen. En småbarnsmor i Storby strever med å få til faste måltider:

Jeg vil at datteren min skal ha et sunt forhold til mat og at vi skal samles og ha et måltid hvor vi sitter rundt bordet vi tre og spiser sammen. Altså sånne ting du vet, og har hørt og leser at er kjempelett. Det er en kjempeutfordring for oss. Det prater vi mye om. At det må vi få til. Men det er vanskelig for oss, når ingen av oss egentlig er sånn. Det ... ja ... det er en utfordring.

Som vi hører fra småbarnsmoren i Storby, er det ikke alltid like lett. Selv spiser hun i følge eget utsagn veldig dårlig og veldig uregelmessig og plages av dårlig samvittighet for dette:

Alt det derre man skulle og burde, og ikke får til. Det er klart det virker inn på helheten. Hvordan du har det, hele deg. Hvordan du fungerer.

Mange skulle og burde slutte å røyke. Antirøykekampanjer, sosialt press og «ordre» innenfra gjør at mange prøver, mange ganger. Dårlig samvittighet legger seg på lager. En middelaldrende mann i Småby har meninger om hva det kan påføre av helseskader:

Noen har jo dårlig samvittighet for det (røyking). Og da kommer jeg tilbake til det jeg sier hele tida, det er det med den dårlige samvittigheten. Det tror jeg er verre enn røyken i seg sjøl.

Dårlig samvittighet kan være overfor kroppen sin for ikke å følge de retningslinjer man tror på eller de råd man har fått. I noen miljøer adresserer den dårlige samvittighet seg til Gud for alkohol- eller tobakkskonsum. Særlig kvinner retter den dårlige samvittigheten mot seg selv for ikke å klare å gjennomføre de regimer for familien som sees på som sunne, enten det nå dreier seg om kosthold, røyk eller tur i skogen.

Optimisme og bekymringsløshet fremmer helse, etter våre informanter. På denne bakgrunn er det bemerkelsesverdig hvor negativt orientert det helsefremmende arbeid er. Helseopplysningen gir tilnærmet monopol til risiko og beskyttelse. Du skal være føre var og følge med på faresignaler som varsler sykdom. Ved å fokusere på risiko, beskyttelse og forsakelse kan medisinen ta fra menneskene lek, nytelse og munterhet.

Det er lite gladhelse i tiltakene fra Helsedirektoratet og Folkehelsen. Vi har til gode å se kampanjer som styrker de helsekildene våre informanter legger vekt på: Et stolt Jeg, glede og trivsel, å øve opp sin tålmodighet for livets trøbbel.

En «sosialdemokratisk» standardhelse – eller 4851314 personlige helser?

Som et ekko gjennom «Helse på norsk» ruller meldingen: Helse er en dypt personlig eiendom. Helsen er vevd inn i heile livet. Livene våre er ulike, derfor må vi respektere helsen individualitet.



En kvinne i 20-årene i Fjellbygd forbinder god helse med at:

Det ser ut til at de har det generelt bra med seg sjøl, sjøl om ikke andre synes det, kanskje.

En mann i 40-årene i Nordvær er nesten bibelsk i sin betoning av at det som er bra for en, kan ikke hjelpe 2000:

God helse ... det kommer an på kem du e, kor du bor, ka slag personlighet du har, på samfunnet rundt dæ, men ikkje minst på den personen du e. E du ein rolig person ... eller ein som like fart og spenning? Det finnes ikkje noen fellesnevner. Det som e bra for ein, kan ikkje hjelpe to tusen.

Både i forklaringsmodeller og handlingsstrategier opererer samfunnsmedisinen med «standardmennesker» og under-slår ulikheter i personlighet som påvirker sårbarhet, tåle-evne, mestringssevne og dermed helse. Folkehelsearbeidet har massen og gruppen som adressat. Kanskje bør vi innse at hvert menneske har sin egen helseidentitet hvori opptatt kroppsbilde, livsstil, forestillinger om Det gode liv – gitt mitt selv og min virkelighet? Og kanskje er godt folkehelsearbeid å finne en klok balanse mellom respekt for den enkeltes eiendomsrett til egen helse og myndighetenes velmente forsøk på å bringe livsstil og kropp i pakt med en nasjonal norm?

God helse – glansbilde eller et menneske med flekker på?

Det folkelige helsebildet er ikke et glansbilde. Det er et bilde med flekker på, ja til og med med litt fett og en sigarett på.

Folk har stor romslighet for at sykdom ikke trenger gå ut over helsen:

For egentlig ... mannen min han blir 71 år. Han er by-pass-operert, han har slitt med litt høyt blodtrykk og sånn, men jeg ville ikke falle meg inn å si at han har dårlig helse. Og sjøl har jeg vært uheldig for 10–12 år siden og brekki ryggen og måtte uføretrygde meg etter en stund. Jeg våkner om natta for jeg har vondt i ryggen, men vil ikke si at jeg har dårlig helse.

Kvinne i 60-årene, Småby:

Vi må holde oss til det-muliges-kunst-prinsippet, mer enn til himmel-på-jord-prinsippet hvis vi skal bevare god helse.

For hvis du ikke avfinner deg med situasjonen, så blir du stressa og da får du dårlig helse. Å se sine begrensninger, er veldig helsefrembringende. Gi opp av og til.

Her er også et annet råd som kan hjelpe folk til et lysere syn på tilværelsen og dermed bedre helse:

Kvinne i 30-årene, Storby:

Og eg ser no at ein får ta det som ein får det.

Mann i 50-årene, Fjellbygd:

Man får ta det som kommer, og helst med godt humør.

Denne amor fati innstillingen bruker folk i forhold til de tapte drømmer og påkjenninger livet og samfunnet påfører dem. Flere utsagn reflekterer en forholdsvis utbredt folkelig oppfatning om at bortskjemthet og kravstorhet kan skade helsen gjennom å føre menneskene inn i kronisk misnøye. Helserådene som kan forebygge denne faren er klare:

Vær fornøyd med den du er, vær fornøyd med det du har, vær fornøyd med det du gjør. Det er godt nok.

Er vi i ferd med å bli bløtdyr?

Er tiden inne for en ny helseoppdragelse?

Tåleevne er en vesentlig kilde til helse, sier våre folk. Tåleevnen er langt på vei en sosial/kulturell konstruksjon. Vi må derfor etterspørre hvilken innflytelse, positiv eller negativ, den rådende velferdsideologi kan ha på tåleevnen.

Vi har fått mange beretninger om at tåleevnen til folk var større før. Enkelte eldre er også bekymret over at unge mennesker nå klager for mye, tåler for lite og søker hjelp for ofte.

Mange informanter mener bestemt at tåleevnen blant folk har gått ned. En middelaldrende kvinne i Fjellbygd har merket at:

De har lettere for å legge seg ned i dag enn de gjorde før.

Forestillingen om et sterkere, mer tålsomt og selvhjulpent folk før, sammenlignet med overfølsomme, ekspertavhengige mennesker nå – er utbredt. Det skjer på bakgrunn av hvorledes de selv hadde det i barndommen, erfart slik av en eldre kvinne i Vestlandsbygd:

De sprang ikkje slik te dokterane før så me gjere i dag. Ho mor sa heller « prøv føre du ringe », og det gjorde eg.

Den unge foreldregenerasjonen karakteriserer hun slik:

Eg trur de e øvenervøse.
For eksempel på
ongar så flyge jo
feberen voldsomt
snart opp. Men då
bare kledde eg av
de eg, og så let eg
de liggja ei stund
så gjekk jo feberen
ned. De (unge)
prøve ikkje någe
sjøl, må jo snakka
med doktoren.

Forleden kom vi over
en helsedefinisjon fra
Vallsetbygda på Hede-
marken i 1930-årene.
Der og da sa man: «Den
som itte skrik høgt, hell
blør stygt, er itte sjuk.»

Det er fristende å spørre:
Gitt Norges store rikdom,
gitt en medisin som mar-

kedsfører sin allmakt – vil menneskene tåle livet som et blandet regnskap, eller er vi på vei mot Den norske klagemuren fordi vi legger oss til urealistiske forventninger?

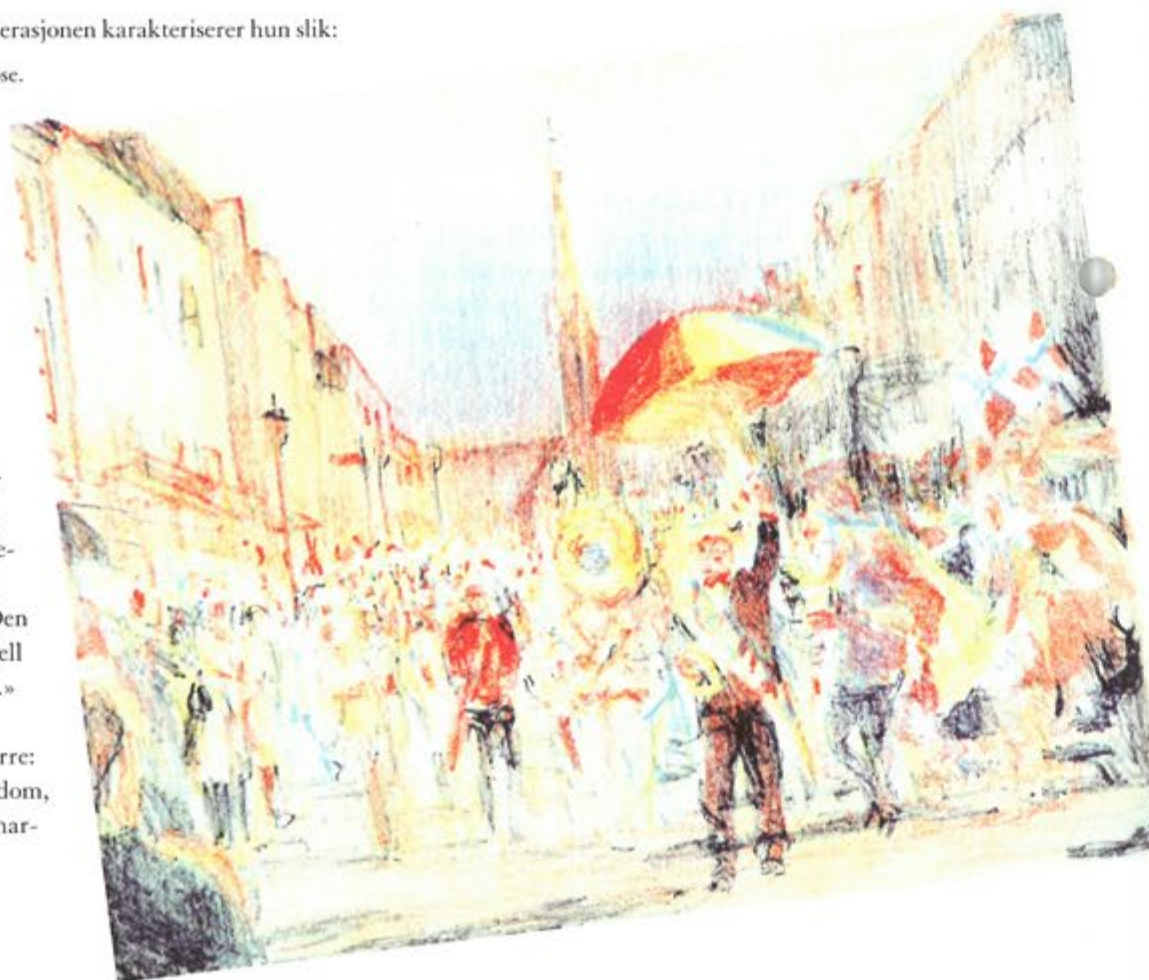
Et siste spørsmål fra «Helse på norsk» kan være: Bør familie, skole, helsetjeneste og samfunn bli noe «barskere» i sine meldinger om hva mennesket bør tåle, fordi «sånn er livet» og hva det er rimelig å klage over og søke profesjonell hjelp for?

Bør Helseministeren i svineinfluensaens tid gå ut til folket med meldingen: Såpass lyt vi tåle?

Litteratur

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen.
2. Fugelli P, Ingstad B. Helse på norsk. God helse slik folk ser det. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
3. Marcus GE. Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography. *Annu Rev Anthropol* 1995; 24: 95–117.
4. Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid. Oslo: Helsedirektoratet, 1987.
5. Wildavsky A. Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy. *Daedalus*: Winter, 1977.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
per.fugelli@samfunnsmed.uio.no
benedicte.ingstad@medisin.uio.no



Kan teknologi skape sykdom?

AV BJØRN HOFMANN

Tar du teknologien fra en gjennomsnittslege, så tar du identiteten fra ham. Er det slik?

Teknologien har endret helsevesenet radikalt

de siste 200 år. Ikke bare har den endret mulighetene til å diagnostisere og behandle

sykdom; teknologien har også formet våre oppfatninger av sykdom. Teknologien etablerer de grunnelementer som definerer sykdom (ontologi) og bestemmer sykdommenes tegn (semiologi).

Den former vår kunnskap om sykdom (epistemologi) og genererer sykdomspraksiser (pragmatikk).



Bjørn Hofmann

F. 1964, dr.philos i medisinsk filosofi fra Univ. i Oslo 2002, siv.ing i fysikalsk elektronikk og biomedisinsk teknikk fra NTH 1989. Professor ved Høgskolen i Gjøvik, professor II ved UiO, arbeider også med etiske spørsmål ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Teknologien er selve symbolet for utviklingen i den nordvestlige delen av verden de siste 200 år. Redskaper synes alltid å ha vært viktige for menneskenes livsgrunnlag og utfoldelse, men aldri tidligere har det vært tydeligere at teknologi er mye mer enn nøytrale midler for å nå uavhengig definerte mål: Vår livsutfoldelse, våre handlinger og våre tenkemåter er mer enn noen sinne betinget av teknologi. Gjelder dette også vårt helsevesen og vår oppfatning av sykdom? Tar du identiteten fra en gjennomsnittslege om du tar fra henne teknologien?

Teknologien utvider helsevesenets handlingsberedskap gjennom en rekke nye muligheter for diagnostikk og behandling. Samtidig skaper den også utfordringer og moralske dilemmaer: Når skal teknologi brukes, hvem skal ha nytte av den, og hvordan skal ressursene allokere? Men teknologien utfordrer også på andre måter, for eksempel ved at den gir helsepersonell og pasienter nye måter å forstå og håndtere sykdommer på. Økende diagnostisk følsomhet og nye undersøkelsesmetoder gjør at flere mennesker er syke (1–3). Tilsvarende gjør nye terapeutiske muligheter at stadig flere tilstander faller inn under helsevesenets virkefelt. Teknologien påvirker også sykdommenes status og prestisje: Sykdommer der det brukes avansert teknologi har generelt høyere status enn andre sykdommer (4).

Teknologien trekker søkelyset mot det den lar oss måle og manipulere, og influerer dermed våre mål. Teknologien påvirker ikke bare sykdom gjennom pasienters behov og industriens interesser, men gjennom endringen av helsefagenes rasjonalitet. Ved å forme våre oppfatninger av sykdom, formes våre forestillinger av godt og (v)ondt. Teknologien utgjør ikke bare redskaper for å nå definerte menneskelige mål, men er i stor grad med på å forme våre mål og vår selvforståelse (5–9). Teknologien endrer vår måte å se og forstå verden på: Den endrer våre sykdomskategorier, preferanser og verdier.

Hvordan skal vi så forstå og håndtere teknologi i dagens helsevesen? Det er et sentralt spørsmål for helsepersonell, myndigheter og helsepolitikere, og ikke minst pasienter. Denne artikkelen drøfter hvordan teknologi skaper sykdom og gir et rammeverk for å forstå hvordan verdier er involvert i (sam)spillet mellom teknologi og sykdom. Ved å bruke eksempler fra medisinhistorien ønsker jeg å belyse et viktig poeng i nyere teknologiteori og verdilære: Det er ikke tilstrekkelig å forstå teknologi som en statisk ekstern faktor som påvirker samfunnet, eller som en ren sosial konstruksjon. Teknologi og dens virkning må også forstås gjennom et gjensidig dynamisk forhold mellom teknologi

og samfunn: Det er mange aktører involvert i den løpende formingen av teknologi.

Moralteknologi

I 1816 finner den unge franske legen René-Théophile-Hyacinthe Laennec opp stetoskopet. Det regnes starten på den teknologiske revolusjon i helsevesenet, og illustrerer forholdet mellom teknologi, sykdom og verdier. Oppfinnelsen fremstilles ofte som en logisk og praktisk følge av et definert behov: Å kunne lytte til pasientens indre organer. Mindre kjent er de moralske og kunnskapsteoretiske forutsetningene for oppfinnelsen.

På slutten av 1700-tallet var det i Paris blitt mer vanlig å lytte på pasientenes hjerte og lunger ved å legge øret på brystet til pasientene. Men Laennec støtte på et problem da en ung og barmfager kvinne skulle undersøkes. Å legge øret på brystet hennes ville bryte med all etikette, og for å overkomme det moralske dilemma, rullet han sammen noen journalpapirer til en rull, som han brukte til å lytte på brystet hennes. Til sin gledelige overraskelse viste dette seg å være svært effektivt, og han fikk laget et stetoskop¹ i tre. Stetoskopet førte til en stormende utvikling i etableringen av nye sykdommer i hjerte og lunger.

Mottagelsen av stetoskopet i den medisinske verden (utenfor Paris) var svært negativ: Dette var et brudd med flere årtusen lang tradisjon fra Hippokrates. Stetoskopet representerer en løsrivelse fra den narrative og var en bevegelse mot en vitenskapelig medisin: Fra pasientens fortelling om sine subjektive plager og til en objektiv beskrivelse av kroppens tilstand – fra pasienten som samhandlende subjekt til passivt substrat for objektiv undersøkelse (10).

Dette førte til en rekke reaksjoner. Eksempelvis laget professor Oliver Wendel Holms ved Harvard en nidvis om stetoskopet. Det interessante er at det var et moralsk dilemma som utløste den teknologiske revolusjonen i helsevesenet, og at det allerede fra første stund var verdier og nye sykdommer knyttet til medisinsk teknologi. Den overdrevne negative holdningen til teknologi på begynnelsen av det 19. århundre synes å være erstattet av en motsvarende optimisme i det 21. århundre. Begge tilfeller synes å gi uttrykk for sterke verdimesseige føringer.

Teknologi skaper helse og definerer sykdom

Forholdet mellom etikk og teknikk bør ikke komme som noen overraskelse: Helsevesenet har som moralsk grunnlag å hjelpe flest mulig enkeltmennesker. Mulighetene for menneskelig lidelse synes å være uendelige, og vi trenger å

ta alle midler i bruk for å avhjelpe og helbrede. En pasients ukontrollerte cellevekst fordrer at vi finner frem til og bruker alle mulige midler. Slik gir sykdom et presserende behov for tekniske løsninger.

Det interessante er at teknologien ikke bare løser problemet, men at den også definerer det. Det er ikke alltid slik at medisinske problemer og sykdommer søker tekniske løsninger, men ofte slik at teknologiske løsninger er på jakt etter sykdommer (11,12). Teknologi er med på å skape sykdommer på mer intrikate og skjulte måter enn bare som svar på pasienters behov og som resultat av industrielle interesser. Teknologi skaper sykdom gjennom formingen av helsefagernes rasjonalitet.

Teknologi skaper helseprofesjoner

Det mest åpenbare tegn på teknologiens innflytelse ser man i måten helsefagene er organisert på. Det er etablert egne sykehus knyttet til bestemte teknologier (Radiumhospitalet, røntgeninstitutter). Spesialiteter og sykehusavdelingene



¹ Stetoskop, fra gresk stethos, bryst + latin -scopium, redskap for å se.



er organisert rundt bruk av teknologi: anesthesiologi, klinisk kjemi, mikrobiologi, patologi og radiologi. Det synes å være en nær sammenheng mellom «hi tech»-medisin og faglig status (13,14).

Tilsvarende påvirker teknologien sykdommers status: Sykdommer med utstrakt bruk av avansert teknologi og som krever rask intervensjon, særlig knyttet til hjerte og hjerne, har høy status blant leger og medisinstudenter. Motsvarende har sykdommer som krever enkel og liten bruk av teknologi, eksempelvis mentale sykdommer og alderssykdommer, lav status (4). Avanserte diagnostiske teknologier hever statusen på enkeltsykdommer og fremmes av pasientgrupper for å fremheve betydning av deres tilstand (15).

Teknologien former også helsepersonells identitet. Stetoskopet introduserte ikke bare en ny medisinsk semiologi, epistemologi og en ny profesjonell praksis, det definerte også en endring i faglig selvforståelse (10).²

² Det er interessant å merke seg at også pasienters identitet kan være gitt av teknologi. Diabetespasientens selvforståelse er knyttet til HbA1c-målinger og insulin, mens pasienter infisert med *Chlamydia pneumoniae* (TWAR) identifiseres av laboratorietester. Også i kunst og litteratur kan vi studere menneskers oppfatning av medisinsk teknologi, for eksempel viser Thomas Manns roman *Trolldomsfjellet* hvordan røntgenbildet gir pasientene medlemskap og status i de sykes samfunn.

Teknologi gjør syk

Utviklingen av antall sykdommer har økt dramatisk fra Vesalius' *Nosologica methodica* (1763) og frem til dagens diagnoseklassifiseringer. En triviell forklaring er at teknologien har gitt et sykdomsfremkallende ytre miljø. Forurensning og arbeidsmiljøskader er åpenbare eksempler på at teknologi kan gjøre syk. Før man fikk personlige datamaskiner snakket ingen om musesyke eller skjermallergi. Tilsvarende gjelder for amalgamforgiftning og el-allergi, men i prinsippet også for medicoffersyndrom og suksessnevrose.

Teknologien skaper også sykdom ved at den blir stadig mer følsom. Forstadier oppdages (tidligere) og stadig lettere tilfeller (av alvorlige tilstander) blir avdekket (1). Det betyr blant annet at flere blir klassifisert som syke. Et eksempel på dette er CT-diagnostikk av lungeemboli – som på ti år doblet antall med diagnosen, uten at flere er blitt behandlet eller at mortaliteten er redusert (3).

I tillegg fører økt sensitivitet ofte også til at flere behandles som syke. Det skjer gjennom at identifiseringen av patologiske tilstander og prosesser skaper et handlingsimperativ og at behandlingsterskelen senkes (2). Slik virker teknologien direkte inn på hvor mange som er syke, og på vår opp-

fatning av sykt og friskt, på (v)ondt og godt, og derved på våre verdier.

Teknologi skaper sykdom

Teknologien skaper også sykdom på andre måter:

1. Teknologien etablerer sykdommens grunnelementer (ontologi).
2. Teknologien bestemmer sykdommenes tegn (semiologi).
3. Teknologien former vår kunnskap om sykdom (epistemologi).
4. Teknologiens anvendelse skaper sykdom (pragmatikk).

Teknologien etablerer sykdommenes grunnelementer: Definisjoner av enkeltsykdommer, slik vi finner dem i lærebøker og oppslagsverk, refererer til celler, bakterier, virus og molekyler. Teknologien gir oss dermed de enhetene som brukes til å definere sykdommer: *Helicobacter pylori*, urea, kolesterol og deoksynukleinsyre (DNA) er grunnleggende for definisjonen av sykdommer som magesår, nyresvikt, kolesterolemi og Huntingtons sykdom. Alle er gitt av teknologiske tester. Slik etablerer teknologien det ontologiske grunnlaget for sykdom: Den forteller oss hvilke fysiske og biokjemiske enheter i verden som utgjør sykdom.

Teknologien bestemmer sykdommens tegn: Teknologien påvirker måten man oppdager, identifiserer og tolker tegn, markører og endepunkter som svarer til sykdommenes grunnenheter og som brukes for å definere og gjenkjenne sykdommene. Parakliniske tegn, som morfologiske abnormaliteter, fysiologiske avvik, biokjemiske defekter og genetiske feil, utgjør sykdommens grunnelementer. De er gitt av kjemiske analyseapparater, monitoreringsutstyr og bilde-teknologi. Videre blir de påvirket og manipulert av dialysemaskiner, lasere, diatermi, anesthesiapparat og medikamenter av ulike slag. Når sykdom er definert ut fra tegn og markører, vil man søke å endre menneskekroppen, slik at disse blir «normale». Grunnleggende fenomener som celler, kalsium og kaliumkonsentrasjoner, eller tegn som ST-senkning (EKG) og markører som trisomi 21, blir dermed endepunkter for helsefaglig handling.

Teknologien etablerer tegn og markører som definerer enkeltsykdommer. Når endringen av slike tegn og markører blir en helsefaglig målsetting, uten at dette nødvendigvis er relatert til pasientens oppfatning av egen helse, endrer dette helsevesenets verdsett.

Teknologien former kunnskap om sykdom: Teknologien påvirker også forklaringsmodellene for sykdom. Sykdom har blitt forklart innenfor ulike kausale rammeverk: ubalanse i kroppsvæskene (Hippokrates, Galenus), forurensning av luft (miasmeteorien), forstyrrelse av kroppens

morfologiske strukturer, så som endringer av dens organer (Morgagni), vev (Bichat) eller celler (Virchow); og som feil i sekvensen i basepar i DNA. I nyere tid er forklaringsmodellene basert på teknologi. Forståelsen av hjernen som nevralt nettverk og celleelementenes replikasjons- og kommunikasjonsstruktur er gitt av teknologi. Fremskritt innen vitenskap og teknologi endrer sykdommenes klassifisering. Dette kommer eksplisitt til uttrykk i introduksjonen til ICD-10, og skjer ved at teknologi a) skaper nye sykdomsenheter, b) endrer og c) differensierer eksisterende sykdomsenheter.

Eksempelvis gjorde EKG at atrieflimmer og stille iskemi ble etablert som sykdomsenheter (a), mens vattersott (ødem) ble erstattet av Brights sykdom, som ble til nefritt, som har blitt til ESRD («end-stage renal disease») (b). Det som før ble kalt akutt respiratorisk sykdom («acute respiratory disease») utviklet seg til mange ulike infeksjonssykdommer og kroniske sykdommer (c). (16)

Teknologien konstituerer altså kunnskap om sykdom gjennom å definere hvordan sykdom skal gjenkjennes (tegn og markører), ved å angi hva som er behandlingens endepunkter, ved å etablere forklaringsmodeller og fastsette hvordan helsefaglig kunnskap om sykdom skal organiseres (taksonomi). Med andre ord gir teknologien helsefagene en helt ny semiologi som er grunnleggende for dens epistemologi. Teknologien formidler mellom den som ser og det som blir sett. Det som sees er konstituert av teknologi, og teknologien bidratt til helsefagenes språk og det helsefaglige blikk (17,18).

Teknologiens anvendelse skaper sykdom (pragmatikk): Teknologi fremmer en rekke handlingsalternativer som skaper sykdom gjennom praksis. Før man fikk assistert reproduksjonsteknologi (eksempelvis IVF) så var det ingen diskusjon om hvorvidt ufrivillig barnløshet var en sykdom. Mulighetene som gis av diagnostiske teknologier (for eksempel histopatologiske og kjemiske analyser, MR, EKG og positronemisjonskannere, PET) og terapeutiske teknologier (som dialysemaskiner og respiratorer) er med på å konstituere sykdom. Behandling av barn og unge med Ritalin har befestet AD/HD som sykdom. Det at noe lar seg behandle styrket dets status som sykdom. Teknologi former sykdom gjennom sitt handlingspotensial: Teknologi genererer sykdommenes praksiser.

Ved å definere sykdommenes grunnenheter, tegn og praksiser, og ved å forme deres kunnskapsstrukturer, definerer teknologi hva som krever oppmerksomhet, fortjener støtte (behandling og sykepenger) og fritak fra plikter (arbeid) – det vil si hva som er «det (v)onde».



Eksempelene ovenfor illustrerer hvordan teknologien konstituerer sykdom i et profesjonelt perspektiv (*disease*), men den påvirker også pasienters oppfatning av sykdom (*illness*) og sykerollen (*sickness*).

Teknologi-skapt oppfatning av sykdom

Pasienter influeres av helsefaglig språkbruk og rasjonalitet, eksempelvis ved å drøfte sin tilstand ut fra analyseresultater, sammenligne og diskutere alvorlighetsgrad ut fra medikamenttyper og gi uttrykk for sin erfaring av sykdom gjennom teknologiske metaforer: «Tarmene føles litt knytt» (19). Depresjon oppfattes som manglende stoffer i hjernen og magesår som et bakterieangrep – ikke et resultat av stress.

Pasienter og pasientgrupper kan insistere på visse sykdomsperspektiver. Eksempelvis argumenterer ME-foreninger for at kronisk utmattelsessyndrom eller myalgisk encefalopati (CFS/ME) har en viral og ikke en psykisk årsak (www.me-forening.no).

Tilsvarende gir teknologien legitimitet til de grunner mennesker har til ikke å ivareta sine samfunnsmessige plikter, slik som å arbeide. En MR-detektert hjernesvulst har høyere legitimitet med hensyn på sykemelding enn en symptombasert muskel- og skjelettlidelse. Teknologien påvirker derfor også sykerollen (*sickness*).

Teknologiens trykk

Teknologien gir oss altså muligheter for diagnostikk og behandling som påvirker våre oppfatninger av de aktuelle tilstandene og av oss selv som pasienter (*illness*), som fagpersoner (*disease*) og som medlemmer av et samfunn (*sickness*). Teknologiske muligheter gir således føringer for hva som bør gjøres, og påvirker med dette helsevesenets mål: Vi ledes til å slutte fra er til bør. I tillegg synes helsevesenet å bruke teknologi ut over dens grenser (20). Det fører helsevesenet inn i en sirkel av økende intervensjon (1) og en sirkel av forpliktelse, der den ene handlingen fører til neste uten refleksjon over hensikt (21). Teknologi synes å avle teknologi og er selvforsterkende og selvfremmende (21–25). Helsepersonell tilpasser seg til teknologien istedenfor omvendt. Slike beskrivelser uttrykker opplevelsen av at teknologien styrer oss mennesker og våre verdier mer enn vi styrer den. Det synes altså som om det ligger et trykk bak teknologi («technological push») mer enn et drag etter teknologi («technological pull») som forsterker teknologiens innvirkning på vår oppfatning av sykdom.

Teknologi mer enn apparater

Hvordan kan det så ha seg at teknologi former våre oppfatninger av sykdom og dermed våre oppfatninger av godt og (v)ondt, det vil si våre verdier? Tradisjonelt har teknologi blitt oppfattet som et nøytralt redskap for genuint mennes-

kelige formål (verdinøytralitetstesen). Hammeren har en verdi i form av at den kan slå i en spiker og ultralydapparatet har en verdi fordi man med det kan gi billedlige fremstillinger av intrakorporale strukturer. I tillegg har den medisinske teknologi status. Eksempelvis har statusen til jordmødre økt som følge av at de anvender diagnostisk ultralyd, mens ultralyd har lavere status blant radiologer enn konvensjonell røntgen, CT og MR (26). Men teknologien tillegges ikke bare verdier i form av status. Den er også med på å forme og skape våre verdier og behov. På tross av studier som viser at kardiokografi (CTG) og pulsoksymetri har begrenset utbytte i visse kliniske sammenhenger (27, 28), har fagfolk insistert på at denne teknologien er nødvendig for å utøve faglig forsvarlig virksomhet. Tilsvarende brukes teknologi uten at man kjenner dens nytte (20) og noen ganger selv om den er skadelig (2). Dette må bety at teknologien har en betydelig egenverdi.

Hvordan skal vi forstå teknologi slik at vi også fanger opp aspekter som at vi tillegger den verdi (status), at den fremmer verdier og at vi blir avhengige av den, samt at den er med på å forme våre sosiale og profesjonelle roller?

Teknologi fremstår som mer enn bare apparater. For å bruke den, må helsepersonell kjenne dens metodologiske kontekst. Apparatene inngår i en metodisk sammenheng, med et praktisk og teoretisk rammeverk, der for eksempel brystsmarter skal vurderes ut fra ST-senkninger (EKG) og troponinnivåer. I tillegg brukes teknologi ut fra dens metodiske, organisatoriske og kognitive rammeverk. Eksempelvis brukes ikke radiologiske tjenester bare for å påvise sykdom, men også for å bekrefte helse eller berolige bekymrede pasienter og iblant også henvisende leger (29,30).

Teknologi og verdier

Helsefaglig teknologi har et moralsk mål: å hjelpe mennesker. Videre er den en aktivitet (og ikke bare en gjenstand) som er produktiv. Det vil si at den må ha et resultat: At svul-

sten blir mindre, at personen overlever, at livskvaliteten stiger eller at smerten avtar. Samtidig er det verdt å merke seg at teknologi er målorientert på flere nivåer (31). Se tab. 1.

På samme måte som diagnostisk ultralyd er definert av dens evne til å frembringe bilder av intrakorporale strukturer ved hjelp av ultralyd-refleksjon, er teknologi generelt definert av sin *funksjon*, det vil si dens kjennetegnende egenskap og umiddelbare formål. Men uten at bildene på ultralydskjermen hadde en *hensikt*, ut over å se inn i kroppen, ville diagnostisk ultralyd neppe hatt den utbredelsen det har i dag. Hensikten med diagnostisk ultralyd er å skaffe kunnskap om kroppens indre strukturer, men heller ikke denne kunnskapen er et mål i seg selv; den har et høyereordens formål, en *intensjon*: å kunne oppnå handlingsvalg. Kunnskapen om kroppens indre strukturer gir oss mulighet til å velge behandling og gi en prognose. I tillegg kan teknologien også ha andre høyereordens formål. Ultralyd kan velges innført (av en yrkesgruppe) fordi det høyner faglig status. Når teknologi innføres til tross for udokumentert nytteeffekt, skyldes det ofte status og prestisje.

Teknologi er altså knyttet til verdier gjennom dens formål på flere nivåer. På denne måten er det mulig å analysere og kritisere måten teknologi brukes på, samtidig som vi kan synliggjøre vårt ansvar.

Sykdomsteknologi

Historien om Laennec i innledningen kan tjene som et allment bilde på hvordan verdier gjør seg gjeldende i utviklingen av teknologi generelt, og i forhold til utviklingen av sykdommer spesielt. Teknologien gir og former muligheter som har tilleggsverdier. Den endrer praksiser, metoder og måter å organisere helsevesenet på.

Teknologien skulle fri oss fra myter, magi og overtro og gi oss et objektivt syn på verden. Slik låner også teknologien et skinn av verdinøytralitet til sykdom: Den gjør sykdom til

TABELL 1. Medisinsk teknologi kan være målrettet og produktiv på mange nivåer. Diagnostisk ultralydteknologi er et illustrerende eksempel.

Målorientering (Teleologisk nivå)	Perspektiv	Overordnet nivå: Avbildning	Konkret nivå: Diagnostisk ultralydapparat
Funksjon	Egenskap	Å se inn i kroppen	Å frembringe bilder av intrakorporale strukturer ved hjelp av ultralyd-refleksjon
Hensikt	Erkjennelse	Å erverve kunnskap om kroppens indre strukturer	Å gjenkjenne tilstander, stille diagnose
Intensjon	Handling	Å oppnå handlingsvalg	Å behandle, vurdere prognose, samt forberede helsepersonell og foreldre, velge bort (ved fosterdiagnostikk)
Høyereordens formål	Samhandling	Å oppnå faglig status	Diagnostisk ultralyd har eksempelvis faglig status, som for mange radiologer er lavere enn andre billeddannende teknikker, som CT, MR og PET

noe tilsynelatende naturgitt og objektivt. Men som vi har sett, er teknologi verdivirksom: Det kleber verdier til teknologi på ulike nivå. Dersom vi overser teknologiens verdipill, står vi i fare for å fanges i en ny type magi: teknomagi – der det nye er bedre enn det gamle, der det avanserte settes høyere enn det enkle, der mye er bedre enn lite og der det å handle foretrekkes fremfor å avvente (32).

Under skinn av å anvende teknologi for et edelt mål kan vi bli tjenere av implisitte eller tillagte verdier som bryter med vårt hovedmål. Det gir seg utslag i en rekke paradokser, deriblant at jo flinkere vi blir til å behandle, desto flere (kronisk) syke får vi. Samtidig som vi blir flinke til å nå våre teknologigitte mål (surrogatendepunkter), synes vi å miste de menneskelige mål (harde endepunkter) av syne.

Teknologien trekker søkelyset mot det den lar oss måle og manipulere og kaster skygger over spørsmålet om hvilken verdi det målte og manipulerbare har. Ved at det føles meningsfullt å bli flinkere ved stadig å avdekke og behandle mer, forsyner teknologien oss ikke bare med midlene, men også med målene. Samtidig gir det makt å forme og bruke teknologien: Ikke bare gjennom å kontrollere og manipulere naturen, men også gjennom hvilke metoder og perspektiver som råder og gjennom de verdier som tillegges ulike tilstander og sykdommer.

Disse og mange andre tilsynelatende uunngåelige bieffekter kan skjules om vi oppfatter teknologien som verdinøytralt middel for et gitt mål og som evidenskilde. Det kan dekke over det verdimessige spillet i kampen om sykdom. Samtidig som teknologien har blitt en stor hjelp for oss i vår kamp mot lidelse og død, har den blitt en del av vår rasjonalitet og vår vurdering av sykdom, lidelse og vår død – ja oss selv.

Denne artikkelen er basert på en publisasjon i Sygdom og samfund, spesielt bearbejdet for Utposten: Hofmann B. Teknologi skaper sykdom: Om teknologi, sykdom og verdier. Tidsskrift for forskning i sykdom og samfund. 2009; 11 (oktober 2009).

Referanser

- Black WC & HG Welch 1993 Advances in diagnostic imaging and overestimations of disease prevalence and the benefits of therapy. *New England Journal of Medicine* 328:1237–43.
- Fischer, ES & HG Welch 1999 Avoiding the Unintended Consequences of Growth in Medical Care. *JAMA* 281: 446–53.
- Burge, AJ & KD Freeman; PJ Klapper; LB Haramati 2008 Increased diagnosis of pulmonary embolism without a corresponding decline in mortality during the CT era. *Clinical Radiology* 63: 381–386.
- Album, D & S Westin 2007 Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science and Medicine* 55:182–188.
- Heidegger, M 1962 *Die Technik und die Kehre*. Stuttgart: Verlag Günther Neske.
- Ihde, D 1990 *Technology and The Lifeworld: From Garden to Earth*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Schrader-Frechette, K & L Westra (red) 1997 *Technology and values*. New York: Rowman & Littlefield Publishers.
- Stempsey, WE 1999 *Disease and Diagnosis: Value-dependant Realism*. Dordrecht: Kluwer.
- Engel, T & U Henckel 2008 Human beings, technology and the idea of man. *Poiesis & Praxis: International Journal of Technology Assessment and Ethics of Science* 5(3-4): 249–63.
- Reiser, SJ 1978 *Medicine and the reign of technology*. Cambridge University Press, New York.
- Payer, L 1992 *Disease mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. John Wiley & Sons, New York 1992
- Le Fanu J 1999. *The rise and fall of modern medicine*. London: Little Brown.
- Hofmann, B 2002 *The technological invention of disease – on disease, technology and values*. Thesis. Oslo: University of Oslo.
- Verbeek, PP 2005 *What Things Do – Philosophical Reflections on Technology, Agency, and Design*. Penn State: Penn State University Press.
- Hofmann, B 2002 Den perfekte sykdom. *Utposten* 2: 22–26.
- Peitzman, SJ 1992 From Bright's disease to end-stage renal disease. I: Rosenberg, CE og J Golden red. *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press: 3–19.
- Foucault, M 1991 *Birth of the clinic*. London: Routledge.
- Kim, K 2006 *The Social Construction of Disease: From Scrapie to Prion*. New York: Routledge.
- Nessa, J & Kirsti Malterud 1998 Feeling your large intestines a bit bound: clinical interaction – talk and gaze. *Scand J Prim Health Care* 16: 211–215.
- Hofmann, B 2002 Teknologi og medisin – om verdifull kunnskap og viten om verdier. *Nytt Norsk Tidsskrift* 4: 311–9.
- Jennett, B 1994 Medical technology, social and health care issues. I: Gillon R, ed. *Principles of health care ethics*. New York: John Wiley & Sons.
- Ellul, J 1964 *The Technological Society*. New York: Alfred A. Knopf.
- Winner, L 1977 *Autonomous Technology*. Cambridge Ma: MIT Press.
- Wolf, S & BB Berle 1981 *The technological imperative in medicine*. New York: Plenum Press.
- Latour, B 1993 *We have never been modern*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Norsk radiologisk forening 2008 Holdning til spredning av ultralyddiagnostikk. Uttalelse fra Radiologforeningens ultralydvalg. www.radiologforeningen.no/img/wysiwyg/File/pdf/ULTRALYDRAPPORT2008-1.pdf
- Pedersen, T & B Dyrland Pedersen; AM. Moller 2001 Pulse oximetry for perioperative monitoring. I: The Cochrane Library. Update Software, Oxford 2001, 3:1–17.
- Pattison, N & L McCowan 2001 Cardiotocography for antepartum fetal assessment (Cochrane Review). I: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 4. (<http://www.update-software.com/abstracts/ab001068.htm>) (28.11.01)
- Forster, H & Jack Schwartz; Evan DeRenzo 2002 Reducing Legal Risk by Practicing Patient-Centered Medicine. *Arch Intern Med* 162: 1217–1219.
- Hofmann, B & KB Lysdahl 2008 Moral principles and medical practice: the role of patient autonomy in the extensive use of radiological services. *Journal of Medical Ethics*; 39: 446–449.
- Hofmann, B 2006 Vi vil jo ha ultralyd! Om teknologi og verdier.. I: Åshild Slettebø og Per Nortvedt (red). *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk: 104–123.
- Hofman B 2002 The myth of technology in health care *Science and Engineering Ethics* 8(1): 17–29.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
b.m.hofmann@medisin.no

Uttalelser fra norske helsearbeidere, ofte hørt på informasjonsreiser (for SANKS) rundt i Norge.

Den som tier samtykker – eller ikke

Kulturforståelse og samhandling med den samiske pasienten

AV SNEFRID MØLLERSEN

Å forutsette at den som tier samtykker, er en kulturelt betinget handling. Å forutsette at den som tier ikke samtykker, er en handling som er forankret i en annen kultur. I den norske kulturen er taushet ofte uttrykk for enighet. I den samiske kulturen er taushet ofte uttrykk for meningsforskjell. Taushet er en av mange sosiale «koder» som forenkler samhandling og kommunikasjon, når man har felles forståelse av koden. Men det kan føre til misforståelser, forvirring, mistenksomhet og engstelse når «koden» har ulik mening for den som sender og den som mottar. I helsevesenet kan denne typen misforståelse i verste fall avstedkomme feilvurderinger og uhensiktsmessig behandling.

Vi ser, oppfatter og tolker omgivelsene i det perspektivet som er naturlig og selvfølgelig ut fra den kulturen vi selv er en del av. De fleste som jobber i norsk helsevesen tilhører majoritetskulturen. Opplæringen i helsefagene foregår ved utdanningssteder med majoritetskulturens forståelse av helse, sykdom, livsverdier og sosiale standarder. Organiseringa av og innholdet i helsevesenet i Norge er modellert etter den vestlig kulturens livsverden. Pasientene blir møtt på majoritetskulturens premisser, og helsepersonellet jobber etter majoritetskulturens anvisninger.

Erfaringer med fremmedkulturelle innvandrerbefolkninger har i løpet av noen tiår fremtvunget økende erkjennelse av at samarbeidet med pasienten forutsetter samarbeid med (kulturelle) verdier og normer i pasientens livsverden. Oppmerksomheten på etniske minoriteter er imidlertid oftest begrenset til mennesker med geografisk opprinnelse i andre verdensdeler. Det er gjerne synlige fysiske kjennetegn som utløser tanken om at en annen person tilhører en minoritetskultur. Mennesker uten tydelige ytre kjennetegn på annerledeshet i forhold til majoritetsbefolkningen, blir ofre for den kortslutning at det er en sammenheng mellom observerbare biologiske kjennetegn og kultur. Det gjelder bl.a. den samiske urbefolkning. Hel-



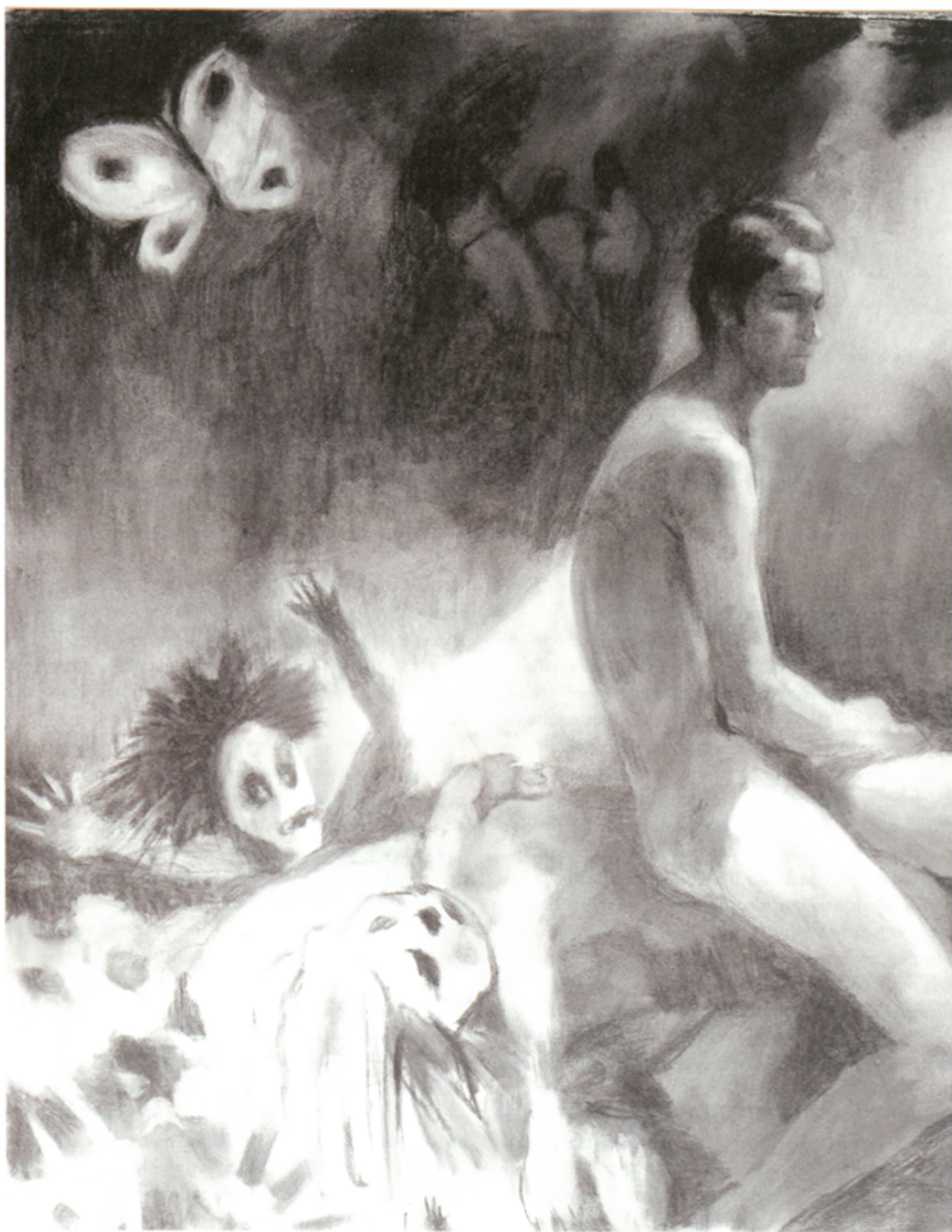
Snefrid Møllersen, 57 år. Utdannet psykolog fra København Universitet 1976, spesialist i klinisk psykologi 1984, dr. psychol 2008. Har jobbet i PP-tjenesten, Barne- og Ungdomspsykiatrien og Voksenpsykiatrien. Har de siste par år vært ansatt ved Samisk Nasjonalt Kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS), avdeling for voksne, akutt-teamet med arbeidsområde Midt-Finnmark og sørsamisk område.

sevesenet møter den samiske pasienten uten å være forberedt på eller fange opp pasientens kulturelle ståsted. Eller retttere, helsevesenet overser den samiske pasienten.

«Jeg skjønner ikke helt behovet for å fokusere så mye på en gruppe som knapt nok eksisterer.»

Kultur og helse

Kultur er generasjoners erfaringer fra samspillet med de gitte fysiske, sosiale og politiske omgivelsene. Kulturen overleverer forestillinger og funksjonelle levestandarder slik at mennesket skal kunne håndtere livets sosiale og praktiske utfordringer. Den samiske kulturen er en gammel kultur utviklet i tett samspill med landskapet i det området samene bebodde allerede før nasjonalstaten ble dannet. Kulturen ble påvirket av koloniseringen med fortrenkning fra landområder og næringsgrunnlag. Med fremveksten av velferdsstaten kom nye politiske føringer: hele befolkningen skulle få del i velferdsgodene. Den samiske befolkning ble assimilert inn i velferdsgoder som var tuftet på majoritetskulturens verdier, normer, levemåte og ideologi/tro. Samisk språk, spiritualitet, levesett og opparbeidet kunnskap om bl.a. helse og helbredelse ble aktivt forsøkt fjernet.



Dagens samiske kultur er formet av de historisk-politiske prosesser den samiske befolkning har vært igjennom. Møtet med den samiske pasienten handler om møtet med mennesker som har denne historien i sin kulturelle bagasje. Hel-sevesenet må forholde seg til at slike minoritetserfaringer med majoritetssamfunnet finnes nedfelt i kulturen og at det kan prege møtet med den samiske pasienten.

I dagens Norge er det blitt et politisk mål – parallelt med endringene i andre vestlige postmoderne samfunn - at hele befolkningen skal få delta i samfunnslivet gjennom utforming av kulturelt relevante velferdsgoder. Dette er uttalt som en rettighet til urfolk og en plikt for nasjonalstaten i ILO-konvensjon nr 169, om urfolk og stammefolk i selvstendige stater (1).

*«Jeg skal da ikke
måtte svi for den politikken
man førte i Norge
før jeg ble født!»*

WHO har definert helse som velvære gjennom evnen til å håndtere livets prøvelser, være produktiv og yte sosialt. Det er den praktiske hverdagen og de sosiale omgivelsene (geografi, klima, størrelsen på samfunnet/gruppen, religion/ideologi, næringsvei etc) som definerer utfordringene i livet, hva som er produktivt og hva de sosiale forventningene er. Helse er relativ til det livet man lever. Dysfunksjon, sykdom, lidelse, skade står likeledes i et forhold til de krav et samfunn har til individets fungering.

Menneskers helse og velvære, spesielt psykisk helse, er tett knyttet til positiv selvfølelse og identitet. Den sosiale identiteten blir til gjennom de meldinger og reaksjoner mennesket får fra sine sosiale/kulturelle omgivelser. Kulturen gir redegjørelser for normative og verdifulle måter å møte livets prøvelser på. Når individet behersker disse redegjørelsene i praksis, blir det sosialt bekreftet. Det øker følelse av mestring og opplevelse av å være et verdifullt menneske. Sosial (kulturell) identitet innebærer altså en vellykket integrering av kulturelle normer og verdier. Kulturen utgjør menneskets livsverden. Den gjør verden forutsigbar og trygg. De kulturelt betingede normer, verdier, handlingsmønstre og forestillinger blir et sett av selvfølgeligheter som gjør at vi i mange saker oppfatter, forstår, tenker og handler som de andre omkring oss, og som gir oss følelse av fellesskap med andre. Endrede livsbetingelser initierer kulturelle endringer. Men dette kan gå tregt, for fellesskapet og forutsigbarheten skal ivaretas samtidig (2, 3, 4).

Kulturell forståelse er å skjønne at god helse, mulighet for livsutfoldelse og velvære, bare gir mening for det enkelte

mennesket når det er kulturelt relevant. Og at dårlig helse er det som begrenser den kulturelt definerte livsutfoldelsen, være seg fysisk eller sosialt. Helse, sykdom og kultur kan derfor ikke løsrives fra hverandre. Å måtte fungere på andre kulturers premisser kan avstedkomme engstelse og sinne, hvis det innebærer brudd med egen kultur. Risikoen for avvisning og nedvurdering fra sine egne, kan innebære tap av sosial tilhørighet, trygghet og forutsigbarhet. Å måtte motta helsehjelpa i en form som skaper utrygghet, er spesielt uheldig. For den (ofte usynlige) samiske pasienten, kan møtet med helsevesenet bli både anstrengende og ydmykende. For den (ofte uvitende) helsearbeider kan oppriktige intensjoner om å bidra til bedre helse falle på stengrunn. Derfor er det viktig å lære seg og lytte til pasientens livsverden.

*«De er jo akkurat som oss,
jeg skjønner ikke hvorfor de
skal ha særbehandling»*

Forpliktelser

I Norge har vi lenge hatt et lovverk som skal sikre den samiske folkegruppa og andre etniske minoriteter rettigheter og tjenester i forhold til egen kultur. I Grunnlovens § 110 a (1988) pålegges myndighetene «å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppe kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv». Lov om pasientrettigheter § 3-5, (5) pålegger helsepersonellet å gi pasientene informasjon tilpasset kultur- og språkbakgrunn, og sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Gjennom Norges ratifisering av ILO-konvensjon nr. 169 (1) i 1990 har Norge forpliktet seg til å sørge for tilfredsstillende helsetjenester til den samiske befolkning i landet. «Slike tjenester skal planlegges og administreres i samarbeid med vedkommende folk og ta hensyn til deres økonomiske, geografiske, sosiale og kulturelle forhold så vel som deres tradisjonelle forebyggende metoder, behandlingspraksis og medisiner» (Del V. Trygd og helse, Artikkel 25).

Det er altså ikke opp til den enkelte helsearbeider å vurdere om helsevesenet trenger å ta hensyn til de kulturelle forskjellene mellom majoritetskulturen og samisk kultur. Det er nedfelt juridisk at helsetjenesten må innrette sin praksis etter det kulturelle mangfoldet i befolkningen. Utfordringen er hvordan helsevesenet og helsepersonellet skal omsette disse rettigheter og pålegg til klinisk praksis. Hva må gjøres annerledes for at helsehjelpa skal være kulturelt relevant for pasienten?

«Her hos oss behandler vi alle pasientene likt, uansett hvem de er. Samene får akkurat samme tilbud og behandling som alle andre. Vi diskriminerer ingen.»

Likedan eller likeverdig helsetjeneste

I regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning 2002–2005 (6) påpekes det at manglende kunnskap om samisk kultur blant helse- og sosialarbeidere ofte resulterer i feilslått oppfølging av samiske brukere, og at de samiske brukerne på sin side ofte bærer på angst og mistillit til norske myndigheter. Vi er ikke flinke nok til å gi vår samiske befolkning likeverdige tjenester.

Begrepet om lik behandling har liten relevans når vi snakker om kulturforståelse. Kulturforståelse reflekterer en holdning der det er en likeverdig behandling som etterstrebes. Likeverdig behandling innebærer lik fordeling av helseressursene, at helseressursene er like tilgjengelige, når like godt frem til ulike grupper i samfunnet i en form som er funksjonelt i folks liv (7). Likeverdige tjenester til samisk befolkning innebærer en ivaretagelse av pasienten og dennes kulturelle ståsted på en faglig hensiktsmessig måte. Likeverdig behandling er kjennetegnet ved at pasienten blir møtt med respekt for sin livsverden, at pasientens kulturelle ballast (språk, forklaringsmodeller, væremåter) gis en synlig plass i helsevesenet. Eksempelvis vil samisk språk ha like stor verdi som norsk språk i helsetjenesten først når språket tas inn i helsevesenet som et faglig viktig behandlingsspråk. I dag har samisk språk slik status noen få steder i helsetjenesten. Samisk språk er likeverdig som behandlingsspråk når helsetjenesten definerer språket som like viktig i behandlingen av den samiskspråklige pasienten, som helsevesenet definerer norsk i behandlingen av den norskspråklige pasienten. «Har pasienten behov for tolk?», heter det. «Har helsevesenet behov for språkkyndige?», kunne det hete. Slik at behandlingsspråket sikrer innfrielse av §3-5 i Pasientrettighetsloven. Når helsepersonell formidler den holdning at samisk språk er noe som «kompliserer» behandlingen, som vanskeliggjør arbeidet, bekjentgjør man en avvisning av personer som har samisk språk som en del av sin identitet. For å få positiv respons fra det

norske helsevesen vil mange samiskspråklige pasienter prøve å stille opp med det språk helsepersonellet blir mest fornøyd med.

Noen tips

Den faglige utfordringen er å håndtere helsefaglig kunnskap på en kulturelt treffsikker måte. Slik mestring innebærer elementer av både holdningsendring, ny kunnskap og også praktiske grep.

Først må helsevesenet anerkjenne eksistensen av samisk befolkning. Helsepersonell må erkjenne at kultur og etnisk identitet ikke nødvendigvis opptrer hos den enkelte pasient som et observerbart avvik fra majoritetsbefolkningen (hudfarge, klesdrakt). Identitet og kultur er sosialpsykologiske prosesser som viser seg i andre former.

For det andre må man endre på den selvpåførte uvitenhet som majoritetssamfunnet er preget av i forhold til kunnskap om samisk historie, de politiske prosesser som har påvirket befolkningen, kulturen, religion og om dagens samiske befolkning. Denne kunnskap er viktig bl.a. for å kunne fange opp de holdninger mange samer møter det norske helsevesen med. Pasienter fra minoritetsgrupper bærer ofte med seg egne eller overleverte negative erfaringer fra møter med majoritetssamfunnets institusjoner, og beskytter seg mot gjentakelse av slike opplevelser gjennom å spille på lag med norsk kultur, være tilbakeholden med å utlevere seg, stille med avventende tillit til helsehjelpa, vise lite interesse for standarder/rutiner i det norske helsevesen, bruke alternative «hjelpere» osv. Når man tilhører en minoritetsgruppe som er blitt usynliggjort gjennom påtvingen kulturell assimilasjon, og man i tillegg er sjuk, utslitt, smertepåvirket, i psykisk ubalanse eller liknende, kan det være altfor krevende å ta risikoen med å stå frem med den etnisitet og den kultur man identifiserer seg med.

«Hvis det er noen samer som kommer, og vi ikke vet det,— hvorfor kan de ikke bare si det da, si at de er samer. Det er da ikke min jobb å sitte og gjette sånt.»

«Det er til å skjemmes over. Vi hadde ikke tenkt at det var samer her hos oss. Det er pinlig å ikke vite sånt. Hvor mange kan det være som bor her tro? De må jo syns det er rart at ingen vet om dem.»

For det tredje må helsetjenesten presentere seg slik at det er synlig for pasientene at samisk befolkning og kultur er kjent for tjenesten. Å ha informasjonsmateriell på samisk, bekjentgjøre at helsetjenesten bruker samisk språkkyndige for å kunne yte beste helsehjelp når pasienten ønsker det (NB: 3 – tre språk), benytte samisk dekorasjon, symboler og lesestoff på venterom og liknende. Det er en forskjell for pasientene å komme til et sted som viser at man er ventet, sammenliknet med å komme til et sted der ingenting tyder på at man vet at du fins. Det er enklere å snakke om det som betyr noe for livet og helse si, hvis man tror den man snakker til kanskje skjønner.

For det fjerde er det viktig at kommunikasjonsbrist og manglende samhandling omkring pasientens helse, ikke automatisk tolkes som pasientens manglende evne til å forstå. Helsepersonell ønsker å gjøre det som er best for pasienten, og gjør naturlig nok det man ut fra egne kulturelle verdier, fagets kulturelle verdier og institusjonens kulturelle verdier antar at er det beste. Når pasienten ikke «forstår sitt eget beste», kan det ha flere forklaringer. Én av disse kan være at pasienten har kulturelt forankrede verdier og forklaringsmodeller med andre anvisninger for hva som er best. Eksempelvis kan nevnes at mens autonomi og individualitet er viktige verdier i den vestlige kulturen, har kollektivitet en fremtredende aksje i urfolkskulturer. Helsehjelp til enkeltmennesket må avstemmes etter det. Helsehjelp som er organisert i forhold til individets selvstendighet og kjernefamiliens betydning, kan komme i konflikt med pasienters forpliktelser til kollektivet, slekta og lokalsamfunnet. Pasienten kan risikere negative reaksjoner fra det sosiale/kulturelle miljøet pasienten henter sin daglige bekreftelse som menneske fra. Denne type verdikonflikter er særlig nærliggende når behandling berører mestring av sosiale problem, som ved helsehjelp for psykiske plager.

Til sist, kulturforståelse i helsearbeid til samisk befolkning – så vel som til andre etniske minoriteter – krever en selvstudie av forskjellen mellom egne holdninger og normer på

den ene siden og faglige faktakunnskaper på den andre. Slik at vi som helsepersonell blir mer varsomme med å bruke vår autoritet til å fremstille egne kulturelt forankrede verdier og normer som globale sannheter. Kultur er en kombinasjon av «gammel tro» og tilpasning til nye livsbetaingelser, og kulturelle sannheter er forbigående. Det gjelder den norske vestlige kultur, det gjelder urfolkskulturer og andre minoritetskulturer. Kulturelt treffsikre helsetjenester utformes når faglig kunnskap kombineres med pasientens kulturelle «sannheter». Og pasientens kulturelle sannheter, faller ikke alltid sammen med helsevesenets kulturelle sannheter.

Vår urbefolkning, den samiske befolkning, lever i mange deler av landet, er godt tilpasset majoritetssamfunnet gjennom utdannelse- og yrkesliv og varierte posisjoner i samfunnet. De seinere år har det foregått en revitalisering og modernisering av samisk kultur og samisk samfunnsniv. Tilknypning til egen kultur (enkulturasjon) står ikke i et motsetningsforhold til tilpasning til majoritetssamfunnet (akkulturasjon). Samiske pasienter har med seg sin samiskhet til helsetjenesten. Helsepersonellet må tillate det. Helsehjelpa må tilrettelegges og utøves slik at det inviterer til samhandling med hele pasienten.

Referanser

1. International Labour Organization.(1989). ILO-convention no 169 concerning indigenous and tribal peoples in independent countries. Oslo: Kommunaldepartementet
2. NOU 1984: 18 Om samenes rettsstilling. Oslo: Universitetsforlaget
3. Banks, J. A., Banks, & McGee, C. A. (1989). Multicultural education. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
4. Kluckhohn, C. & Kelly, W.H. (1945). The concept of culture. In R. Linton (Ed.). The Science of Man in the World Culture. New York
5. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (1999) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
6. Mangfold og likeverd – regjeringens handlingsplan for helse og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge 2002–2005. (2001). Oslo: Sosial- og helsedepartementet
7. Davidson, R. G. (2007). 10 best resources on ... health equity. Health Policy and Planning, 22(5):348–351.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: snefrid.mollersen@helse-finnmark.no

Revet løs

AV PÅL GULBRANDSEN



Nokså motvillig forlot jeg det sydende konferansemiljøet for å sette meg på en lokal buss fra Miami Beach og inn til handlestrøket for å finne noe å ta med hjem. En brysk bussjåfør avkrevede meg nøyaktig to dollarsedler ved å peke på en maskin. En femmer var uinteressant. Spredt omkring i bussen satt middelaldrende og eldre, hovedsakelig loslitte fargede mennesker. Verken vennlighet eller fiendtlighet var å spore. Vel nede i setet, alene, kjente jeg meg løsrevet. Sårbar og derfor påtrengende til stede, levende. Sist jeg hadde den samme følelsen, var på venterommet hos fastlegen.

På bussen i USA kunne jeg vende opplevelsen til en refleksjon over hvor usikker fremtiden er for mange amerikanere. At det å leve der er forbundet med en daglig reell sårbarhet, et spørsmål om å klare seg, på godt og vondt. «Anything can happen», som lokale konferansekolleger sa når de kunne bekrefte observasjonen. Uløselig bundet til sårbarheten er spenningen og forventningen til at dette kan

«Physicians must remain apart from the enervating morass of the patient's problems, viewing them detachedly yet interestedly»

ARING, JAMA 1958

bli en god dag. Det skal ikke romantiseres. Drosjesjåføren fra Haiti kunne fortelle om ti år i Miami med halvårige, korte besøk hjemme hos familien. «In Haiti, I had no money, but if I found a job I had money. Here I work day and night, and still I have no money.» Likevel: Skandinavisk trygghet har en bivirkning – sårbarheten vår kommer i skyggen, det å leve er selvfølgelig, umerkelig.



Pål Gulbrandsen, f. 1955. Cand. med. Bergen 1979, dr. med. Oslo 1998. Spes. i samfunnsmedisin 1992 og allmennmedisin 1991–2001. Nå seniorforsker ved HØKH, Akershus Universitetssykehus og førsteamanuensis ved Univ. i Oslo. I hovedsak allmenn- og samfunnsmedisiner til 1994, rev meg løs fra pasientene og har drevet med helsetjenesteforskning siden, avbrutt av noen år som med. redaktør i Tidsskriftet. Savner pasienthistoriene, men ikke blodtryksmålinger.

Godt da at det finnes venterom. Det er litt ubehagelig hver gang. Fastlegen viste seg å ha tatt permisjon, og jeg kunne vente meg en vikar. Selv hadde jeg hostet og kremtet og harket ekle ting i fem til seks uker og kunne ikke lenger overse symptomene. En litt rar følelse i venstre halvdel av brystet også. En slags ekstra lyd eller ralling. Ikke-røyker, ellers frisk, eller, litt slapp og energifattig – kanskje? Jo, slapp også. Litt dumt å gå til legen for noe så lite, jeg kunne jo bare stukket ned og fått min radiologkollega til å fikse et bilde. Men så var det strupen. Det kjentes som det kom derfra. Mest forklarte jeg det for meg selv med en langvarig ikke så kraftig bihulebetennelse. Det liknet jo ikke egentlig, men... Hvordan ville nå denne vikaren være? Og så var det dette andre, den store påkjenningen jeg hadde vært gjennom, ville jeg komme til å si noe om den?

Det gikk med meg som med de fleste som går til legen. De fysiske symptomene ble revet løs fra meg og ivaretatt. Jeg ble lyttet til – hva angikk symptombeskrivelsen, lyttet på og måtte gape og si «a». Det ble tatt blodprøve, formodentlig CRP. Vikaren trodde ikke det var nødvendig med bilder, men signaliserte at om jeg var utrygg kunne han rekvirere det. Jeg sa det var unødvendig, selv om jeg var utrygg. Indirekte laryngoskopi ble ikke utført. Det ble ikke til at jeg sa noe mer.

Jeg fikk fantasier om at jeg kunne bli revet løs fra alle jeg betyr noe for, men disse tankene dominerte ikke livet. Symptomene vedvarte. Tre måneder senere var jeg ikke lenger utrygg, bare plaget, og stakk innom både øre-nese-hals-kollega og radiolog og ble undersøkt. Intet galt. Som-

merferien kom, symptomene ble gradvis borte. Andre dag på jobb var de tilbake for fullt. Inneklimaet! Jeg jobber i brakke på åttende året, det siste året har de revet gamle-sykehuset nærmest rett under føttene på oss. God forklaring, men umulig å påvise årsakssammenheng.

«Detachment is necessary to accurately observe and predict patients' emotional state»

BLUMGART, NEJM 1964

Jeg er ganske rasjonell, og mener selv jeg har sterk psyke. De gangene jeg har hatt fysiske symptomer over tilstrekkelig tid til å stusse over dem, har jeg oppsøkt lege – som leger flest kanskje heller litt sent enn for tidlig. Jeg har ikke hatt farlige sykdommer, men det jeg er behandlet for har ikke vært bagatellmessig. Fastlegene jeg har møtt har vært elskverdige, høflige, og har tatt symptomene mine på alvor – men ingen av dem har noen gang spurt meg om hvilken betydning symptomene har hatt for meg, eller hvordan jeg har tolket dem. Ingen har spurt om jeg har familie, om arbeidssituasjonen min, eller om det var noe mer jeg hadde på hjertet. Når jeg nevner dette for kolleger, er forklaringen uten unntak at det har de ikke tid til. Enkelte legger gjerne til: «Og slipper jeg følelsene til, bryter timeplanen helt sammen.»

Enda litteraturen viser at det ikke er slik. Jeg tror forklaringen er en annen: Legene vet ikke hvordan de skal gjøre det, eller hvordan de skal håndtere ting som kommer opp der de ikke har behandling å tilby. Legene har rett nok tatt over sjamanenes rolle. Men den medisinske kulturen har vaktet seg vel for å gå inn i religionens rolle. I religiøse fellesskap finner folk trøst og glede ved å være sammen i motgang, lidelse og sorg. I den medisinske kulturen tar vi menneskene imot én og én, river dem løs fra verden rundt og behandler i dølgsmål, bundet av taushetsplikten. Sykdom er en privatsak, må vite.

Mon det. På venterommet slår det meg at jeg ikke kjenner noen av de åtte til ti andre som sitter der, enda de bor nok i området. Kunne vært hyggelig å snakke med dem, ikke nødvendigvis om det som plager meg – ikke med en gang i hvert fall – men liksom bare prate litt. Småprat om løst og fast, relasjonsbygging. Kanskje noen har noen erfaringer å by på? Kanskje kan jeg en gang lufte min usikkerhet og

med det lette en annens? Men her er alle innelåst bak dameblader og friluftsmagasiner, og det ene barnet pusler stille med noe duplo. En gang i min tid som allmennlege, etter å ha behandlet den ørtende ryggsmertepasienten med passivt levesett, slo det meg hva jeg burde gjøre: Samle dem alle og ta dem med på tur på skauen hver onsdag kl 09.00. Jeg gjorde det aldri og angret ennå. Takstsystemet stod i veien. Turgåingen var i mitt hode ikke det viktigste – det viktigste var fellesskapet. Hvorfor i all verden bruker vi ikke mer felleskonsultasjoner, slik at pasientene kan bygge nettverk og knytte bånd? Det er forsøkt med hell enkelte steder. Legen er en leder, hvorfor lede bare en av gangen? Noe nytt må vi uansett finne på for å holde helseutgiftene i sjakk.

Det er så flaut å trenge hjelp! Nesten litt skammelig, noen ganger. Noen kunne komme til å tenke at jeg ikke mestrer, tenk å gå til legen for noe sånt! Eller om det var alvor: Å bli invalid, uten verdi. Med virkelig høy risiko for å bli revet løs. Fra arbeidslivet og til ørkesløst hjemmeliv eller til det faste bordet på kjøpesenterkafeen. Fra fastlegen til et labyrintliv preget av vaklende hengebroer mellom spesialister, institusjoner og hjemmesykepleiere. Hvorfor spør vi ikke hvordan folk har det med sykdommene sine, eller hvorfor de kommer med symptomene? Hva de tenker på? Hva de forventer? Legen og forskeren Kirsti Malterud har for lengst vist oss at det fungerer – rett nok i sin studie av kvinnelige pasienter. Svarene sitter enda lenger inne hos menn, men de er der!

Labyrintliv? Det høres jo ille ut, å være i en labyrint som hjelpetrengende. Men sannelig: Ikke er det mye lettere å arbeide i den. I de siste par årene har vi gjennomført en stor undersøkelse ved Ahus. Et 70-talls leger har fått kurs i klinisk kommunikasjon og vi har studert om de endret atferd gjennom videoopptak av konsultasjoner. Antropologen Ellen Kristvik fulgte legene gjennom kurset. Hva brakte det frem hos deltakerne? Her er noen sitater:

«Det er første gang siden studietiden at jeg har opplevd å få ordentlig feedback på utøvelsen av legerollen.»

«Man er veldig alene som lege. Vi tar lite hånd om hverandre.»

«Jeg husker min første vakt som turnuskandidat på et distrikts-sykehus. Vi fikk inn tre hjerterpasienter den natta. Og alle døde. Jeg ble helt overlatt til meg selv og var helt shaky etterpå, men når morgenen kom og de andre kom på vakt, ble jeg bare møtt med en konstatering av at jeg nå hadde fått prøvd meg litt.»

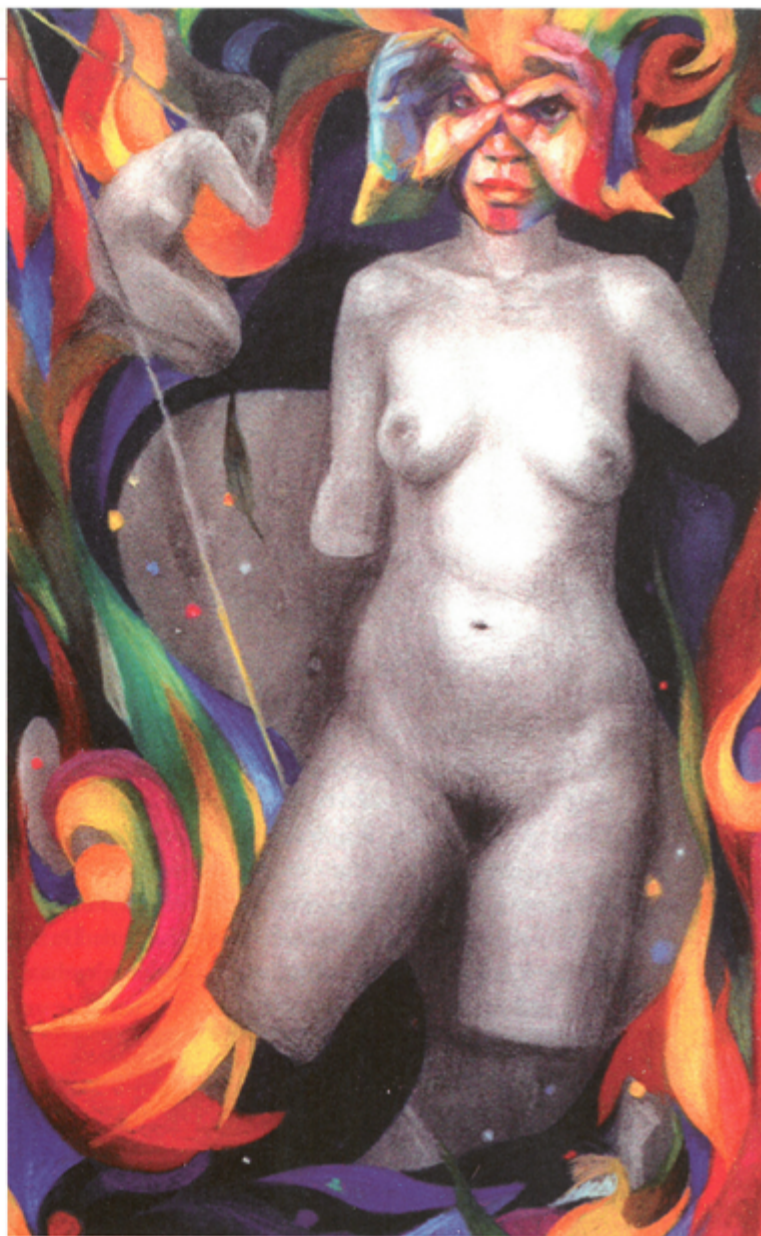
«Når det går galt hos oss på fødeavdelingen, opplever vi den ultimate krisen. Og står da på bar bakke. Jordmødrene og sykepleierne har et godt innarbeidet system for slike situasjoner. De tar vare på hverandre og har en grundig debriefing etter slike episoder. Men vi, vi må bare gå videre som best vi kan.»

«Andre grupper er langt bedre til å begrense egne arbeidsoppgaver. Fra et karrieremessig synspunkt er gruppeutvikling lite naturlig eller attraktivt for leger.»

Ensomhet. Revet løs fra hverandre. Ingen tilbakemelding på sentrale ferdigheter, ingen støtte etter ekstreme opplevelser, det er selvberging og autonomi opp og i mente. Jeg kan ikke skjønne annet enn at det fostrer utrygghet. Denne utryggheten, som vi knapt våger å slippe fra magen og opp mellom ørene, er som riset bak speilet: Helsetjenesten er ikke tuftet på kunnskap. Den er tuftet på angst. Legenes angst. Angst for å overse noe som helst. Angst for å møte og håndtere sterke følelser, hos pasienten, hos seg selv. Angst for å legge usikkerheten på bordet, vise frem uvitenhet eller uløselige dilemmaer. Angst for blottstillelse.

Viste dere, kjære allmennpraktikere, hvor ofte dere omtales i nedlatende vendinger mellom sykehusveggene? Har noen av dere noensinne opplevd å få en ærlig og redelig tilbakemelding på godt eller dårlig arbeid fra en sykehuskollega? Jeg har, og jeg har heget om den. Etter en alt for lettvinns innleggelse av en eldre pasient med litt høyt blodsukker, da jeg dagen etter ville legge inn en pasient jeg trodde hadde endokarditt: «Jeg var ærlig talt litt skuffet over deg i går, Gulbrandsen.» Vennlig tone, men tydelig tale. Utsagnet ble opphav til en kort, god samtale og han tok selvsagt imot min nye pasient. Hva gjorde kollegaen med sin likefremme ærlighet? Han knyttet et bånd til meg og gjorde meg bedre. Han kunne ha baksnakket meg, ødelagt min relasjon til lokalsykehuset, svekket min tro på meg selv og økt min ressursbruk. Revet meg løs.

Den er bevisst fragmentarisk, denne teksten, en metatekst så å si, et sett med løse revne observasjoner limt inn etter hverandre slik at fugene synes. Er det mulig å skape helhet av delene? Kanskje, hvis vi åpner for et tilskudd av ånd. Det må være det som mangler i vestens medisin. Jeg har selv sett med misbilligelse og ikke så lite humor på kravet fra mange land om en ytterligere utvanning av WHO's helsedefinisjon: «En tilstand av fullkommen fysisk, psykisk, sosial og åndelig velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse». Jo, definisjonen er absurd i sin utopi. Men påpekingen fra den ikke-vestlige sfære har noe ved seg. Som helsedefinisjon er både gjeldende og foreslått versjon lite verdt. Som rettesnor for arbeidet vårt gir endringsforslaget mening. Vi kan ikke utføre legearbeidet som kelnere, rørleggere eller ekspeditører. Vi må gjøre det annerledes.



I flere tiår nå er det terpet for oss: Vi må se hele mennesket, ikke bare sykdommen, og det har bare delvis hjulpet – skal jeg dømme etter egne erfaringer og hva jeg ser på våre videoopptak. Så la meg julehilse dere annerledes: Begynn det nye året med et åndelig nærvær i hvert eneste møte med pasienter og kolleger, en klar bevissthet om å knytte deg til pasienten, til kollegene og til din egen familie. Ikke bare se hele pasienten. Ikke bare lytt. Se og lytt med hele deg. Berør, og la deg berøre. Lykke til.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
pal.gulbrandsen@ahus.no

“The same detachment that enables medical students to dissect a cadaver without fear or disgust seemingly enables them to listen to patients without becoming emotionally involved”

FOX & LIEF, THE PSYCHOLOGICAL BASIS OF MEDICAL PRACTICE, 1963

Når tankene behandles som en villkatt

AV INGVARD WILHELMSSEN

Mange pasientkonsultasjoner i allmennpraksis er sikkert ganske konkrete, fokusert på et bestemt symptom eller plage og de ender opp med en konklusjon og avklaring som både lege og pasient er fornøyd med. Andre konsultasjoner er vanskeligere og mer utfordrende. Kanskje finner man ikke noen forklaring på plagene, pasienten er åpenbart redd og det kan være vanskelig å avslutte konsultasjonen. Da kan det være smart å ha en strategi for slike samtaler og ha en plan for hvordan man kan finne og ta opp de temaene som er viktige for akkurat denne pasienten. Temaene kan være en vanskelig livssituasjon, helseangst, andre angster, utmattelse eller å kunne forholde seg nøkternt og fornuftig til et langvarig smerteproblem.

Unn dere en samtale som fokuserer på holdning til symptomer og døden

Jeg samtaler ofte med pasienter om slike sentrale temaer i livet. I disse samtaler er jeg ikke lenger så veldig interessert i de ekte problemene folk har, men til gjengjeld veldig opptatt av hvordan de forholder seg til dem. Fokus er altså pasientens holdninger. Det finnes mange nordmenn med svære, ekte problemer som verken får eller trenger terapi. Som regel er forklaringen at de har gode og sunne holdninger til det som er den aktuelle situasjonen eller plagen, og de bruker familie og venner som gode samtalepartnere. Jeg vet ikke hvor ofte slike potensielt skjebnebestemmende samtaler finner sted i en travel allmennpraksis, men jeg vil anbefale dere av og til å unne dere en samtale som fokuserer på holdning til symptomer, døden, hva andre mennesker måtte tenke eller mene om oss mer enn på selve plagen eller situasjonen. Vår oppgave er å få pasientene til å tenke seg om. Hva bruker du egentlig energien, tiden og kreftene dine til? Får du noe igjen for alt strevet? Mange mennesker bruker utrolig mye tid på ting som gir liten avkastning. Det er som om de betaler renter på et lån de ikke har fått! De gjør ikke dette fordi de liker det så godt eller fordi de vil ha oppmerksomhet, men fordi de er livredde og ikke vet hva annet de kan tenke eller gjøre.



Ingvard Wilhelmsen

Professor ved Institutt for indremedisin, Universitetet i Bergen og spesialist i indremedisin, fordøyelsessykdommer og psykiatri. Godkjent veileder i kognitiv terapi. Har fra 1995 drevet Hypokonderklinikken ved Haraldsplass Diakonale Sykehus. Medlem av Academy of Cognitive Therapy.

Tanker og sannheter

Det er en vanlig feil å bruke mye tid og energi på å forsøke å få kontroll på faktorer som er prinsipielt ukontrollerbare. En annen vanlig feil er å blande tanker og sannheter. Det kan være en tvangsnervotiker som nok kan forstå at tankene kanskje ikke er helt sanne, men som likevel for sikkerhets skyld gjør sine ritualer, eller det kan være en angstpasiert som tillegger sine katastrofetanker stor troverdighet. Hvis det dreier seg om helseangst kan det være en person med stikninger i brystregionen som er redd han har hjertesykdom. Frykten fører til at han fokuserer sterkt på den delen av kroppen hvor hjertet er, og siden øvelse gjør mester kan han snart kjenne en rekke ting som kan virke utrolig skremmende. Imidlertid er det stor forskjell på tanken på hjertesykdom på den ene siden og ekte koronar hjertesykdom på den andre. En tanke kan være sann, men den kan også være høyst spekulativ og ren teori. Den første konsultasjonen med en pasient med brystmerter vil inneholde en god smerteanamnese, klinisk undersøkelse, EKG, og en sjelden gang henvisning til kardiolog. Den samtalen jeg er opptatt av her kommer som regel etter at man har avklart med rimelig grad av sikkerhet at pasienten er frisk og altså høyst sannsynlig mistolker sine symptomer. Da er det ikke lenger noen vits i å diskutere med pasienten om han har hjertesykdom/MS/kreft eller ikke, men vi må drøfte med ham hvordan han vil forholde seg til tanken på at han kan være syk. Skal han tillegge den tanken stor eller liten troverdighet? Hvor tungt skal kardiologens eller spesialistens ord veie? Er det døden han forsøker å få kontroll på?

Er jeg villig til å være dødelig?

Sentralt i denne samtalen står aksiomet: Tanker er bare tanker, ikke sannheter. Tanker kan selvfølgelig være sanne, men da må de i tilfelle bekrefte eller bevises. Som regel vil man i en slik samtale få på bordet det som er de underliggende drivkreftene og selve motoren i pasientens problem. Ofte er det et forsøk på å sikre seg i en situasjon hvor man ikke kan sikre seg. Vanligvis ender en slik samtale eller refleksjon opp med at pasienten til neste gang skal reflektere over og ta stilling til en del sentrale spørsmål i livet: Skal jeg, tross alt, være villig til å være dødelig, dvs. akseptere at det er umulig å forlenge livet mitt? Pasienten som tviler på hjertet sitt til tross for kardiologens forsikringer om at alt er OK, må ta stilling til følgende valg: «Jeg kan ikke velge om jeg er hjertefrisk eller hjertesyk, men jeg kan velge om jeg, inntil videre, skal tro at jeg er hjertefrisk eller hjertesyk. Er jeg villig til å ta dette valget med en viss grad av tvil, eller skal jeg fortsette å forsøke å sikre meg 100 prosent?».

Nedprioriter temaet

Hvis problemet er sosial angst, blir tilnærmingen den samme. Jeg spør pasienten: «Er det viktig for deg hva folk

tenker og mener om deg?» «Ja, det er viktig for meg.» «OK. Pleier du å intervju folk regelmessig hva de synes om deg?» «Nei, det gjør jeg ikke.» «Men hvordan får du da vite hva de mener om deg?» «Jeg tipper!» Mitt spørsmål blir da: «Mener du at du baserer ditt følelsesliv på tipping av hva som skjer inni andre menneskers hode? Hvordan kan du vite at du tipper rett?» Som en svarte: «Jeg har drevet lenge med dette, så jeg leser dem godt!» Er dette en lur måte å leve livet på? Er ikke spørsmålet om hva andre mennesker tenker og mener om oss prinsipielt utilgjengelig? Vi får faktisk aldri sikre svar på slike spørsmål. Selv om vi dybdeintervjuer folk rundt oss kan de lure oss! Løsningen på sosial angst er den samme som ved helseangst, eller andre angster for den saks skyld: man kan nedprioritere hele temaet! For hypokonderen er det som regel å være villig til å være dødelig, dvs. ikke lenger bruke krefter på å ikke dø men på å leve. For sosialfobikeren kan det være å håpe at folk liker ham, men ikke kreve det, og heller ikke forsøke å finne det ut.

Synet på grubling

Det er helt legitimt å ville leve, men ikke å kreve det, akkurat som det er helt legitimt å ville bli likt, men ikke å forsøke





å finne ut hvem som liker eller ikke liker oss. Forskning har de senere år vist at det som skiller personer med mye angst fra dem som har mindre angst er hvordan de forholder seg til grubling og bekymring. De med mye angst har i utgangspunktet et positivt syn på grubling. Dette er noe de gjerne driver med, for å finne ut av ting, være forberedt, ikke overse ting, det gir dybde osv. Så snart de kommer på et tema som kan bli vanskelig, potensielt truende el.l. benytter de anledningen til å tenke nøye gjennom det og gruble over hvor fælt det ville være om det skjedde. Når de har gjort dette noen år kan de få negative tanker om bekymring. «Nå blir jeg ikke kvitt tankene mine, nå bekymrer jeg meg for mye, nå klikker det snart helt!» De som har mindre angst skiller klart mellom grubling over ting man kan og bør gjøre noe med, og de ubesvarlige spørsmålene, for eksempel de hvor svaret ligger i fremtiden, av typen «tenk om». Mange pasienter tror at de må bli kvitt sine skumle tanker om katastrofer, død, sykdom osv. for å bli bra. Det er ikke bare unødvendig, men umulig. Man blir ikke kvitt tanker som man er ekspert på å tenke! Vi kan ikke styre våre automatiske tanker, men vi kan velge hvordan vi vil forholde oss til dem. Hvis man undertrykker tanker eller distraherer seg bort fra dem, kommer de tilbake med fornyet kraft og intensitet.

Tanker er ikke farlige

Mange pasienter har god nytte av såkalt «detached mindfulness». Man skal altså være oppmerksom, ikke glemme tankene eller forsøke å bli kvitt dem, bare la dem komme. Tanker er ikke farlige. Hvis du identifiserer en tanke som en teori, noe som ville være fælt om det skjedde, men foreløpig er det ikke bekreftet, kan man bare la en slik tanke passere uten å hente den ned, bli veldig opptatt av den eller gruble over den. Vær en passiv betrakter av egne tanker. Hvis tanken er av typen «tenk om, det hadde vært fælt...» så forstår vi at svaret ligger i fremtiden. Man kan gruble på en slik tanke til man blir blå i ansiktet, uten å finne svaret. Når en slik tanke kommer kan man altså øve på å la den

passere, som en sky på himmelen. Betrakt den passivt til den forsvinner. Eller man kan se på tanken som et tog som kommer inn på stasjonen. Man skal ikke i den retningen, så man går ikke om bord, men betrakter toget som går videre. Mange behandler sine skremmende tanker som en villkatt. Den ser forkommen og puslete ut, så man gir den litt mat, omsorg og melk, før man sier: «Du må ikke komme igjen. Du bor ikke her!» Dette er lite effektivt. Poenget er altså ikke hva vi tenker, men hvordan vi forholder oss til tankene våre.

Den utforskende lege

Hvis vi som er leger øver oss på å styre slike samtaler om hvordan pasienten tenker og forholder seg til sine plager, livet og døden, usikkerheten i verden, risiko og forholdet til andre mennesker, vil de etter hvert få et klarere bilde av hva de holder på med og hvorfor dette eventuelt ikke er så smart. Mange pasienter har møtt empati, forsikringer eller motargumenter tidligere, men ikke alle har møtt en utforskende, spørrende lege som undrer seg over hva de egentlig holder på med, og som ber om en begrunnelse for de holdningene de faktisk velger å ha. Ikke alle pasienter vil velge holdninger som vanligvis er sunne og fornuftige, men da har vi i alle fall gjort vårt for å klargjøre, forstå og hjelpe dem. De har full rett til å leve livet sitt akkurat slik de vil og må ikke endre seg for vår del. Hvis de velger å endre seg må det være for sin egen del, fordi de mener at livet ville bli bedre om de gjorde det. Det som avgjør om pasienten har smarte holdninger er forresten ikke om de ser verden slik vi ser den, men om de holdningene og den atferden de velger i dag hjelper dem til å nå målene sine, om de beriker livet deres eller gir dem noe særlig glede. Hvis ikke, bør de kanskje revurderes, og det er det vi kan stimulere dem til med våre fokuserte, direkte og vennlige spørsmål.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
ingvard.wilhelmsen@med.uib.no

Salutogenese

AV LIV TVEIT WALSETH

Salutogenese betyr opphav til helse. Det salutogene perspektivet er ikke lenger noe nytt. Det er allerede 20–25 år siden sosiologen Antonovsky kom med sine anerkjente studier om salutogenese (1). I sitt arbeid påviste han faktorer på individ- og samfunnsnivå som skaper en helsefremmende holdning. Likevel ser det ut til at medisinen fortsatt har en hang til å konsentrere seg mest om patogenesen, med oppmerksomhet på sykdommen og dens medisinske forklarlige årsaker, virkninger og behandlingsmetoder. Patogenesen er selvsagt viktig og nødvendig, men må ikke utelukke salutogenesen. De to perspektivene er tilnærminger en kan ha klart for seg *samtidig*. Vektleggingen av det ene eller det andre perspektivet vil variere mellom ulike tilstander og ulike pasienter. Ved en tonsilitt vil det for eksempel være mest behov for det patologiske perspektivet, mens det ved fibromyalgi kanskje er mest behov for det salutogene perspektivet. En slik mer helhetlig tilnærming til pasienten er en måte å drive allmennmedisin på som er både utfordrende og spennende.

Salutogenese

Opphavet til god helse har med vår holdning til livet å gjøre, vår holdning til å takle det som skjer av uventede og stressende forhold (1). Grunnlaget for vår holdning skapes av de livsbetingelsene vi har. Dette gjelder både psykiske, fysiske og sosiale forhold på individnivå og samfunnsnivå. Livsbetingelsene vil skape ulike motstandsressurser i møte med stress og sykdom. Et sosialt nettverk der en kjenner en stor grad av tilhørighet synes å være spesielt viktig. Det samme gjelder at en er i en sammenheng der det er mulig å forstå det som skjer og der hendelser til en viss grad kan forutses. Det er også vesentlig at en tidlig møter oppgaver som tilsvarer ens eget mestringsnivå. Andre eksempler på forhold som skaper sterke motstandsressurser er god økonomi, høy grad av egostyrke og religionstilhørighet. I tillegg er det salutogene faktorer som kan sammenfattes i gode opplevelser. Dette kan være opplevelse av givende kunst, kultur, opplevelser, opplevelsen av noe vakkert, gode samtaler eller et velmakende måltid og samvær med gode venner (2). Alt dette gjør noe med mennesker, det tilføres oss som ressurser og gjør oss mer motstandsdyktige.



Liv Tveit Walseth

Spesialist i allmennmedisin med lang erfaring fra allmennpraksis. Hun er for tiden stipendiat ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen med Edvin Schei som hovedveileder. Forskningsinteressen omhandler kommunikasjonspotensial til ressursmobilisering hos pasienten. Medlem av referansegruppen for medisinsk uforklarte sykdommer og plager.

Det vil alltid være en del patogene forhold rundt oss. Disse må søkes å oppveies av de helsefremmende ressursene (2). Denne summen av salutogene og patogene faktorer er med på å forme den generelle holdningen som vi møter livet med (1). Antonovsky kaller denne holdningen Sense of coherence (SOC). SOC oversettes ofte med opplevelse av sammenheng som skal brukes her, selv om uttrykket er lite dekkende for innholdet. Opplevelse av sammenheng sier noe om hvordan vi plasserer oss selv inn i den sammenheng vi lever i. Det har med forståelse av situasjonen å gjøre. Ut i fra ulik forståelse vil vi ha ulik forventning til disse tre aspektene:

- Om vi tror situasjonen er påvirkelig
- Om vi tror situasjonen lar seg forklare
- Om vi tror situasjonen byr på overkommelige utfordringer

Dette vil danne grunnlag for om vi møter situasjonen med en aktiv handling eller med passivitet. Lav opplevelse av sammenheng vil kunne gi en følelse av å være overmannet av håpløshet og oppgitthet. Motsatt vil høy opplevelse av sammenheng gi en holdning der en tror at det må være en logisk forklaring på det som skjer, det er sikkert mulig å gjøre noe med og en kan selv sannsynligvis påvirke utfallet. Altså en grunnholdning der sentrale begreper som håp og mestring er selvsagte elementer.

Som eksempel på bakgrunn som kan gi svake motstandsressurser kan en tenke seg en oppvekst preget av rusmisbruk, vold og psykisk syke foreldre. Dette skaper ustabile forhold. Barnet vil ha vanskeligheter med å skape mening og sammenheng i det som skjer, det vil ikke være mulig med en logisk forståelse av situasjonen. Hverdagen blir



uforutsigbar, og det vil ofte ikke være mulig eller overkommelig å påvirke det som skjer. Hvis ikke en slik oppvekst oppveies av salutogene faktorer vil dette sannsynligvis skape svake motstandsressurser og lav opplevelse av sammenheng også i voksen alder, med tafatthet og sykелighet som resultat.

Mestring

Begrepet mestring er sentralt. Det er lett å tenke seg at et stadig møte med overveldende situasjoner der en ikke har muligheter til å påvirke, skaper lite pågangsmot og liten evne til å se muligheter i møte med nye utfordringer. Mestringsevnen blir lav. Utfordringene må altså ikke være for store. Utfordringene må imidlertid heller ikke være for små i forhold til egen kapasitet. Dersom forventningene i barndommen stadig er for lave kan dette føre til at barnet ikke blir vant til å forholde seg til at en selv skal mobilisere og gjøre noe. Utfordringene kan også være så små at det ikke er interessant å gjennomføre dem. Resultatet er at barnet ikke får nok mestringserfaring og da heller ikke pågangsmot til å påta seg større oppgaver. Mestringserfaring er også en viktig del av voksenlivet. En ideell arbeidsplass i et salutogent perspektiv vil være der oppgavene er tilpasset ens eget mestringsnivå, der en ikke alltid umiddelbart ser en

løsning, men der en vet med seg selv at med litt innsats så er oppgaven både forståelig, overkommelig og påvirkelig. Dette gir en utviklende og stimulerende arbeidssituasjon som gir positive ringvirkninger og kan danne et viktig grunnlag for god helse.

Mye av basisen for grunnholdningen til livet skapes i barneårene, der særlig de seks første årene ansees for å være viktige. Opplevelse av sammenheng ser imidlertid også ut til å generelt bli styrket med alderen og er påvirkelig gjennom hele livet. Som allmennleger har vi mulighet til å bidra til at pasientens motstandsressurser øker. For det første kan allmennlegen oppføre seg på en måte som er helsefremmende ved å innby til medvirkning og ha en handlemåte som er preget av forutsigbarhet og konsistens. For det andre kan legen forklare situasjonen slik at den blir forståelig, peke på ressurser og tilpasse målene til pasientens kapasitet (3). Dialogen er her, som vi skal komme tilbake til, et viktig redskap.

Hvilke pasienter har behov for salutogene tiltak?

Hvordan kan vi som leger finne ut hvem det er som trenger ekstra hjelp og støtte for å komme videre? Vi kan få mistanke om dette ved å ha kjennskap til pasientens bakgrunn og livsbetingelser. En arbeidsløs pasient med dårlig økonomi

vil sannsynligvis ha større tendens til å bli overveldet og passiv i møte med sykdom enn en med en utfordrende god jobb. Dårlig sosialt nettverk ser som nevnt ut til slå sterkt ut i negativ retning. Disse forholdene bør gjøre oss som allmennleger ekstra på vakt for om det er behov for støttetiltak.

I andre tilfeller er det ikke mulig å forutse at pasienten har lite motstandsressurser. For å fange opp dette kan det være viktig å bry oss om hverdagslivet til pasientene. I sykdomsforløp kan det være vesentlig å fortløpende følge med på hvordan hverdagen er, hvordan det fungerer, hva pasienten mister gjennom sykdommen. Det kan vise seg at en sykemeldt pasient har hele sitt sosiale liv på jobben. Eller jobben er kanskje den eneste arenaen han eller hun hadde en mestringfølelse. Når jobben faller bort kan livet da lettere forton seg tomt og meningsløst. Ved å tidlig fange opp slike situasjoner kan det kanskje settes inn tiltak før depresjon og håpløshet blir dominerende.

Pasienter med medisinsk uforklarte plager og sykdommer (MUPS) er kanskje en pasientgruppe der en salutogen tilnærming kan være av avgjørende betydning. De typiske MUPS'ene er kronisk utmattelsessyndrom, irritabel tarm og fibromyalgi. I møte med helsevesenet møter disse pasientene ofte hverken gode forklaringsmodeller eller gode behandlingsopplegg. Samtidig er sykdommen ofte invalidiserende og går i stor grad ut over hverdagslivet. Situasjonen oppfattes hverken som forståelig eller påvirkelig, og hverdagens utfordringer kan være uoverkommelige. Dette er et utgangspunkt som lett kan bli destruktivt og sykeliggjørende i seg selv. I stedet for å gå inn på håpløshetens tankegang kan allmennlegen bidra med helsefremmende perspektiver. En viktig del vil være å formidle det som finnes av forklaringsmodeller for de ulike sykdommene. Senere tids forskning som viser en neuropsykohormonal «link» mellom psyke og kropp utløst av vedvarende akti-

verte stressreaksjoner som forklaring på kronisk tretthetssyndrom (4) kan være vel verdt å forklare for pasienten. Samme «linken» er også en sannsynlig forklaring på andre MUPS. En forståelse av situasjonen, og helst en felles forståelse med legen, kan danne et viktig helsefremmende grunnlag for å kunne gjøre det beste ut av situasjonen.

Dialogen som salutogen hjelpemiddel

I møte med sykdom kan det være vesentlig at legen identifiserer og spiller på lag med pasientenes selvopplevde ressurser. Malterud og Hollnagel har utviklet følgende nøkkelspørsmål:

Vi kan ikke bare snakke om problemer. Jeg ønsker også å høre om dine sterke sider. Hvilke av dine sterke sider bruker du vanligvis for å ha (eller få) det bra? (5).

Dette bidrar til å endre fokus fra sykdom til ressurser og styrker, og kan avdekke muligheter for hvordan pasienten kan tilpasse seg den nye situasjonen. Med pasientens ressurser som utgangspunkt kan lege og pasient sammen utforske mulighetene for mestring av hverdagens utfordringer og hvordan behandlingen kan gjennomføres. Legen kan videre stimulere til gode helsefremmende opplevelser, enten det gjelder bruk av naturen, kulturopplevelser eller godt sosialt samvær. Også i denne sammenhengen kan de selvopplevde ressursene skape et viktig grunnlag.

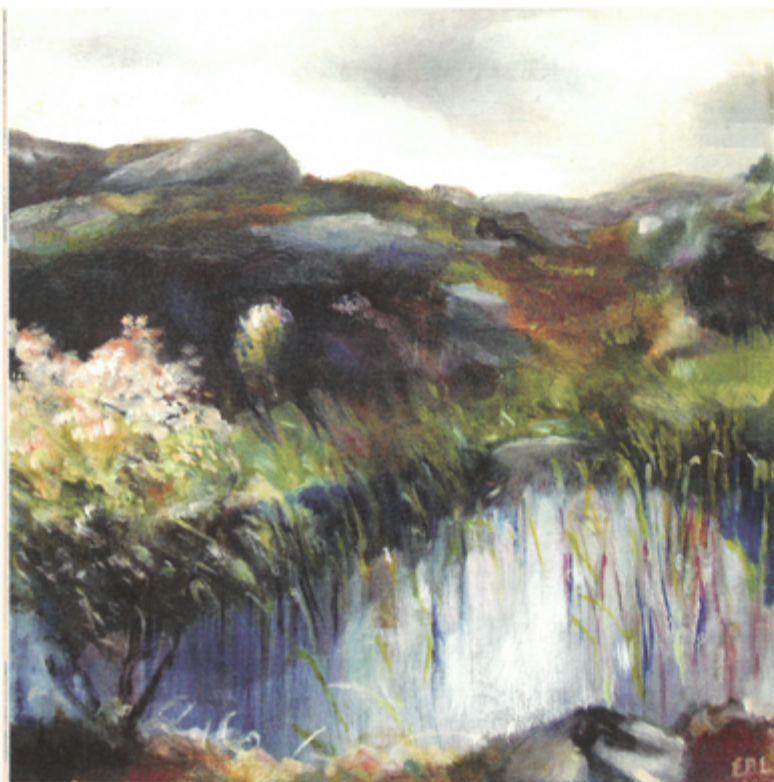
For en del pasienter vil selv det minste tiltak synes overveldende og uoverkommelig. Hvordan kan legen gå fram for å bidra til at det tas beslutninger som oppleves gode og overkommelige for pasienten? I dialogen ligger det muligheter for gode beslutningsprosesser. I følge Habermas må gode beslutninger ha røtter i tre dimensjoner som til sammen utgjør menneskets livsverden (6). Livsverden består av objektive, subjektive og sosiale forhold. For at beslutningen som tas skal være god og realistisk må bestemmelsen tilpasses disse dimensjonene:

- Den må tilpasses den objektive verden ved å være praktisk gjennomførbar.
- Den må tilpasses den subjektive verden slik at den er i overensstemmelse med ønsker og følelser.
- Den må passe i den sosiale verden slik at den er i overensstemmelse med hvordan en oppfatter at det er riktig å oppføre seg.

Legen må ta seg tid til å finne ut hvordan pasientens hverdagsliv er og hva som er viktig og betyr noe i pasientens liv. Sammen kan så lege og pasient prøve å finne målsettinger som er tilpasset de tre verdenene. I korte trekk vil de tre dimensjonene avdekkes ved å bruke følgende spørsmål som ledetråder:

- Hva er godt for pasienten?
- Hva er riktig for pasienten?
- Hva er praktisk gjennomførbart?





En forutsetning er at dialogen er likeverdig og utføres med respekt. Det er også en forutsenning at legen har en interesse i å forstå pasienten og pasientens liv, samt at legen har en åpenhet for det pasienten har å si uten å holde fast ved egne forutinntatte synspunkt. Gjennom at lege og pasient på denne måten reflekterer over det gode og det rette kan det åpne seg nye muligheter som en tidligere var blind for. Habermas mener at en slik dialog kan sette en bedre i stand til å gjennomføre sine mål ved at en ser nye muligheter for praktisk gjennomførbare løsninger. Lege og pasient kan på denne måten sammen søke å gjøre situasjonen forståelig, finne hva som er påvirkelig og så sette overkommelige mål.

Dette kan brukes som utgangspunkt for å styrke pasienten gjennom en empowermentprosess. Empowermentperspektivet passer godt i en allmennmedisinsk klinisk hverdag (3). I tråd med dette kan pasienten prøve ut det som er bestemt og så komme tilbake og reflektere over sine erfaringer sammen med legen, for deretter å søke neste overkommelige steg. Dette kan skape gode opplevelser av mestring og fokus på muligheter og håp. Pasientens motstandsressurser bygges opp og det skapes en god sirkel. Gjennom gjentatte konsultasjoner har allmennpraktikeren gode muligheter til å bidra til en slik helsefremmende prosess, der pasienten på tross av sykdom og funksjonsnedsettelse har pågangsmot til å gjøre det beste ut av situasjonen.

Legens perspektiv

Et annet aspekt ved slike samtaler er at det kan bidra til å hindre utbrenthet hos legen (7). Leger kjenner ofte på det å ikke strekke til, og har en forventning til seg selv om å kunne bidra med «alt». I en prosess der lege og pasient sammen i en likeverdig respektfull dialog skal finne gode beslutninger påtar ikke legen seg annet enn å veilede, bidra med sin

kunnskap, være en støtte og en refleksjonspartner. Også for legen kan prosessen gi en følelse av å mestre i stedet for å bli overveldet og passivisert av egen utilstrekkelighet.

Forebyggende medisin

Det er også behov for det salutogene perspektivet på samfunnsnivå. Det vil være god forebyggende medisin å skape møteplasser i nærmiljøet for alle aldersgrupper med aktiviteter som skaper mestringsfølelse og gode salutogene opplevelser. Dette vil innebære et bredt tilbud av for eksempel kulturskoler, teater, kunst, idrett, bruk av naturen. Organisasjonen NaKuHel (NaturKulturHelse) har over flere år arbeidet med nettopp denne målsettingen ut i fra et salutogenetisk perspektiv. Fokuset er å skape mestrings- og helsefremmende miljøer. Målsettingen er å lage arenaer der en kan bruke seg selv i samspill med andre gjennom natur- og kulturaktiviteter. NaKuHel ble startet på 90-tallet og har skaffet seg bred erfaring, og evalueringen av prosjektet viser positive helsefremmende virkninger (2).

Konklusjon

Salutogenseteorien kan altså vise oss veier mot en bedre helse, på individ- og samfunnsnivå. Pasientsentrert medisin med en helhetlig tilnærming er anerkjent i medisinen, om enn ikke alltid så godt innarbeidet. I følge denne helhetlige tankegangen bør salutogenesen høre uløselig sammen med patogenesen. Som leger har vi ut i fra dette i oppdrag å utrede, diagnostisere og behandle sykdom og sammen med pasienten fokusere på muligheter for å mestre hverdagen, gjennomføre behandlingsopplegg og søke gode salutogene opplevelser. Ved hjelp av nøkkelspørsmål og en likeverdig reflekterende dialog kan vi fokusere på pasientens ressurser og hva som er godt, rett og praktisk mulig for pasienten. Dette kan åpne muligheter for å se overkommelige steg videre og snu situasjoner fra å være overveldende og passiviserende til å gi mestringsfølelse og håp.

Referanser

1. Antonovsky A. Health, stress og coping. San Fransisco: Jossey Boss, 1979
2. Telnes G. Salutogenese- hva er det? Michael 2009; 4:144-9
3. Walseth LT, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:65-6
4. Wyller VB, Eriksen HR, Malterud K. Can sustained arousal explain CFS? Behav Brain Funct 2009 Feb 23;5-10
5. Malterud, K. and H. Hollnagel, Talking with women about personal health resources in general practice. Key questions about salutogenesis. Scand J Prim Health Care, 1998. 16(2): p. 66-71.
6. Habermas J. Teorien om den kommunikative handlen. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag 1997.
7. McKay B, Forbes JA, Bourner K. Empowerment in general practice. The trilogies of caring. Aust Fam Physician 1990;19:513, 516-20

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: liv@walseth.no

Bør risikoreduksjoner forklares ved hjelp av tall?

AV PEDER A. HALVORSEN

Denne kronikken er skrevet som et bidrag til boken «Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner» – red. J. Brodersen, B. Hovellius, L. Hvas. Lund: Studentlitteratur 2009. En dansk versjon av kronikken er tidligere publisert i Dansk Selskab for Almen Medicins medlemsblad Practicus nr 194, januar 2009.



Peder A. Halvorsen. F. 1967 i Øksfjord, Loppa kommune. Cand. med. Univ. i Tromsø 1995. Fastlege ved Nordlys legesenter i Alta, spes. allm.med. 2004. Stip. ved Forskningsenheden for Almen Medicin i Odense 2005–2008. Doktorgraden ble forsvart ved Syddansk Universitet, Odense, des. 2008. Fra aug. 2008 bistilling som forsker ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Allmennmedisinsk forskningsenhet, Universitetet i Tromsø.

«Tar du ikke piller mot blodtrykket, vil du dø!»

Sitatet er hentet fra en tankevekkende kasuistikk publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening (1). Pasienten var en asiatisk flyktning som ble tvangsinnlagt i psykiatrisk avdeling på grunn av påfallende adferd og mistanke om schizofreni. Pasientens identitet var usikker, og nærmeste pårørende var en person som utga seg for å være pasientens bror. Under innleggelsen ble det ved gjentatte undersøkelser påvist et blodtrykk på 230/140 mmHg. Pasienten nektet å la seg utrede eller medisiner under henvisning til at han var frisk. Man overveide en tid å starte blodtryksbehandling under tvang, men pasientens angivelige bror kom avdelingen til unnsetning. Han brukte verken risikotall eller blodtrykstall, men ga pasienten valget mellom blodtrykspiller eller døden, slik sitatet ovenfor antyder.

Valget mellom medisiner og døden er selvsagt fiktivt, både i denne situasjonen og i tilfeller med mindre alvorlig hypertensjon. Ingen blodtryksmedisiner er vist å kunne forhindre døden; i beste fall forlenger de livet. Spørsmålet om forebyggende medikamenter kan forhindre sykdom er mer komplisert. Hos diabetikere med hypertensjon og hyperlipidemi er det nærliggende å tenke seg at forebyggende medikasjon utsetter senkomplikasjoner snarere enn å forhindre dem, med mindre diabetikeren skulle være uheldig og dø tidlig av noe helt annet. Ved osteoporose virker det derimot plausibelt at bisfosfonater hos enkelte pasienter kan være den avgjørende faktor for at hoften tåler et fall. Frakturen blir i så fall forhindret.

Hvilken informasjon trenger man egentlig for å ta stilling til tilbud om forebyggende medikasjon? I følge forventet

nytteteori (2) består beslutningsgrunnlaget i prinsippet av kun to komponenter: Sannsynligheter for ulike hendelser (hjerteinfarkt, hjerneslag, medikamentbivirkninger etc.) med og uten behandling og verdsetting av de samme hendelsene (hvor alvorlige er konsekvensene av hjerteinfarkt eller et hjerneslag?). Målsetningen er den optimale beslutning, det vil si den som gir størst forventet nytte. Av dette følger at det er større grunn til å intervensere mot sannsynlige utfall enn mot mindre sannsynlige, og mot mer alvorlige hendelser sammenlignet med mindre alvorlige. Er alt annet likt, er det også større grunn til å anvende effektive intervensjoner framfor mindre effektive, og billige intervensjoner framfor dyre. Det er denne tenkningen som ligger til grunn for begreper som kvalitetsjusterte leveår og kostnadseffektivitet.

Sannsynligheter og effektmål er numeriske størrelser. Om man ønsker å fatte beslutninger i samsvar med forventet nytteteori, forutsetter det altså at man er i stand til å ta stilling til tall. Tradisjonelle tallstørrelser for medikamenteffekt er relativ risikoreduksjon (RRR), absolutt risikoreduksjon (ARR) og number needed to treat (NNT). Jo lavere NNT og jo høyere ARR og RRR, jo bedre effekt har medikamentet. Derfor skulle man forvente at når NNT går ned eller RRR går opp, øker andelen som takker ja til et forebyggende medikament. Dette er imidlertid ikke hva vi har observert i empiriske studier (TABELL 1). Tvert imot virker det som om andelen som takker ja er praktisk talt uavhengig av tallstørrelsen på NNT (3) og RRR (4), med mindre NNT blir meget høy eller RRR blir meget lav. Dersom man istedenfor uttrykker medikamenteffekten som utsettelse av

en uønsket hendelse, blir sensitiviteten for tallstørrelsen noe bedre, men ikke imponerende (TABELL 1) (5).

En umiddelbar reaksjon på disse funnene er at folk ikke forstår tall for risikoreduksjon. Det er sikkert noe i det, men er det så enkelt? Det er solide empiriske holdepunkter for at menneskers kognitive apparat ikke er spesielt godt tilpasset de beslutningsprosesser som forventet nytteteori forutsetter. Innen psykologien anvendes begreper som *heuristics and biases* (6) og *kognitive illusjoner* (7) for å beskrive kognitive prosesser vi anvender til å forenkle komplekse beslutninger. Slike mentale «short cuts» tenderer til å gi suboptimale beslutninger i henhold til forventet nytteteori. Til gjengjeld gjør de oss i stand til å ta mange beslutninger forholdsvis raskt i en verden med begrenset tid og med den informasjon vi til enhver tid har til rådighet (8).

Folks insensitivitet for effektstørrelser handler trolig om mer enn manglende tallforståelse, selv om dette nok også bidrar vesentlig (9). I det følgende omtales tre psykologiske mekanismer – *optimism bias*, *availability heuristics* og *affect heuristics* – som alle kan bidra til å forklare at folk er lite tilbøyelige til å vektlegge størrelsen på risiko og risikoreduksjoner i sine beslutninger. Det er gode holdepunkter for at disse mekanismene også kan gjøre seg gjeldende i klinikken (6, 10–12).

Optimism bias

Folk har en iboende tendens til å oppfatte seg som annerledes enn andre. Det er i seg selv ikke så urimelig – som individer er vi annerledes. Begrepet *optimism bias* antyder imidlertid at vi trekker denne annerledesheten lenger enn det er grunnlag for, og da oftest i en bestemt retning. Vi tenderer til å vektlegge det positive mer enn det negative, og denne tendensen gjennomsyrrer språk, persepsjon, hukommelse og vurderinger (7). Kort sagt – mange av oss – trolig flertallet – har en iboende optimist. Studier har for eksempel vist at folk gjennomgående vurderer sine egne og sine

nærmestes egenskaper som bedre enn gjennomsnittet (7). Videre at man oppfatter sin risiko for å bli rammet av trafikkulykker, sykdommer, kriminelle handlinger, uønskede svangerskap etc. som lavere enn gjennomsnittet. Fenomenet går også under navnet *Lake Wobegon-effekten* etter en fiktiv landsby i Minnesota (7). Radiostasjoner i USA og Canada har i over 30 år kringkastet nyheter fra Lake Wobegon, «where all the women are strong, all the men are good looking, and all the children are above average». Befolkningen i Lake Wobegon er for øvrig av norsk opphav.

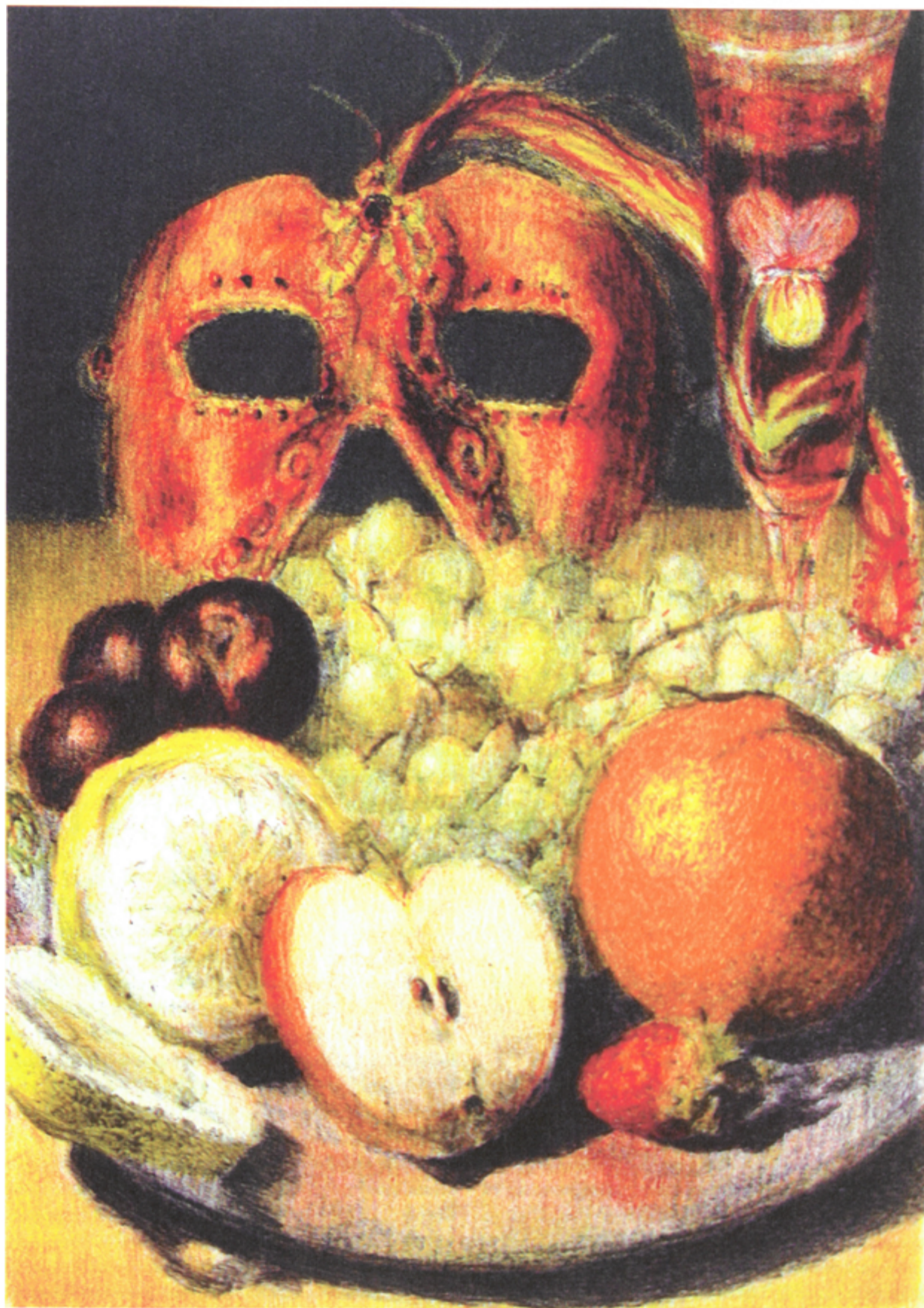
At det finnes pasienter som undervurderer sin risiko for sykdom er velkjent både fra klinisk erfaring og empiriske studier (10). Et annet plausibelt utslag av *optimism bias* er urealistiske forventninger til hva man kan oppnå med forebyggende medikamenter. Studerer vi TABELL 1 er det slående at to tredjedeler ville takket ja til et forebyggende medikament der NNT var 1600. Dette tilsvarer en ARR på 0,000625. Å påvise slike effektstørrelser i kliniske studier krever så store datamaterialer at det knapt kan gjennomføres. Nesten halvparten av de spurte syntes at ti prosent relativ risikoreduksjon virket attraktivt, mens 40 prosent takket ja til én måneds gjennomsnittlig utsettelse av hjerteinfarkt. Kan det være slik at den iboende optimisten i oss tenker: «1600 for å forebygge et tilfelle? Synd for de 1599 andre!»? Og at ti prosent og én måneds utsettelse først og fremst gjelder *de andre*?

Leger er også mennesker. Våre mange suboptimale beslutninger fører iblant til underbehandling og oversett alvorlig sykdom («det vanligste er vanligst»). Allmennleger kritiseres også for passivitet i forhold til implementering av retningslinjer for risikodiagnostikk og behandling. Fenomenet – *clinical inertia* (13) – har helt sikkert sammensatte årsaksforhold, herunder kritisk refleksjon i allmennpraksis. Jeg ser ikke bort fra at vår iboende optimist kan være en alliansepartner: «Retningslinjene passer ikke så godt for *mine* pasienter.»

TABELL 1. Legfolks behandlingsvilje som funksjon av størrelsen på risikoreduksjoner beskrevet ved hjelp av numbers needed to treat (NNT), relativ risikoreduksjon (RRR) og utsettelse.

«NNT pasienter må ta medisinen i 5 år for å forebygge ett sykdomstilfelle»		«Medikamentet reduserer risiko for hjerteinfarkt med RRR % hvis det brukes resten av livet»		«Medikamentet utsetter hjerteinfarkt med x mnd/år hvis det brukes resten av livet»	
NNT ¹	Andel som takket ja	RRR ⁴	Andel som takket ja	Utsettelse ⁵	Andel som takket ja
50	76 prosent	10	48 prosent	1 måned	39 prosent
100	71 prosent	20	66 prosent	6 måneder	52 prosent
200	70 prosent	30	62 prosent	12 måneder	56 prosent
400	71 prosent	40	57 prosent	2 år	64 prosent
800	68 prosent	50	60 prosent	4 år	67 prosent
1600	67 prosent	60	57 prosent	8 år	73 prosent

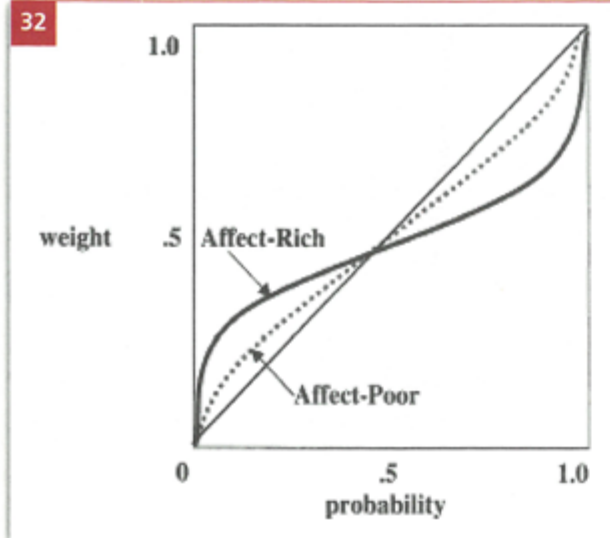
NNT: Number needed to treat RRR: Relativ risikoreduksjon



Availability heuristics

Forestill deg et øyeblikk at din lege meddeler at du har økt risiko for å få hjerteinfarkt. Legen foreslår at du kan bruke et medikament for å forebygge hjertesykdom. Medikamentet må tas daglig, og du må gå til kontroll hos legen to

ganger i året. Bivirkninger er sjeldne og ufarlige. Medikamentet koster 1000 kroner per år. Legen forteller at for hvert tilfelle av hjerteinfarkt som unngås, må 50 pasienter bruke medikamentet i fem år. Ville du velge å bruke et slikt medikament?



FIGUR 1. Hypothetical affect-poor and affect-rich weighting functions (and an identity line). ETTER ROTTENSTREICH OG HSEE 2001*, GJENGITT MED TILLATELSE.

Slike hypotetiske scenarier ligger til grunn for funnene gjengitt i TABELL 1. Det kan umiddelbart innvendes at de ikke inneholder tilstrekkelig informasjon. Likevel er det komplekst nok. En potensiell pasient blir presentert for en alvorlig sykdom (hjerteinfarkt), legens råd, ordet «forebygge», 1000 kroner per år, daglig medikasjon i fem år, mulige bivirkninger og NNT på 50, faktorer som alle er mer eller mindre relevante for beslutningen som skal fattes. Stilt overfor kompleks informasjon er det en tendens til at vi legger størst vekt på de faktorene som er lettest å evaluere, enten på grunn av gjenkjennelse (*the recognition heuristic*) (8), at faktoren er lett å huske/lett tilgjengelig for bevisstheten (*the availability heuristic*) (6) eller på grunn av kunnskaper, erfaring eller tilgjengelig sammenligningsgrunnlag (*the evaluability hypothesis*) (14). Tilsvarende er det en tendens til å se bort fra informasjon som ikke umiddelbart er lett å evaluere. Dette kan føre til manglende vektlegging av tallstørrelser vi ikke er fortrolige med. En studie viste for eksempel at folks betalingsvilje for et oljesaneringsprogram var uavhengig av hvor mange fugler (2000 – 20 000 – 200 000) programmet kunne redde fra døden (14).

Er NNT på 50 godt eller dårlig? Man kan alltså forstå tallet 50, at så mange pasienter må behandles en viss tid før man observerer et hjerteinfarkt mindre, og at 50 er forskjellig fra for eksempel 100. Om folk flest skal vurdere hvorvidt 50 er bra eller ikke, kan de imidlertid neppe støtte seg på gjenkjennelse, hukommelse, kunnskaper eller erfaring. Den manglende sensitivitet for størrelsen på NNT og RRR som framkommer i TABELL 1 kan godt være et resultat av dette. Folk har trolig lagt større vekt på utsiktene til å forebygge en alvorlig sykdom, kostnader eller legens råd. At sensitiviteten for grad av utsettelse er større (TABELL 1), kunne også passe; folk flest har et naturlig erfaringsgrunnlag for å vurdere hva som er kort og lang tid. Videre er det vist at leger – som kan støtte seg på erfaring og kunnskap – er sensitive for størrelsen på NNT (15).

Affect heuristics – the faint whisper of emotion (11)

Følelser spiller en sentral rolle i våre beslutninger. Som overskriften antyder, dreier det seg ikke om de stormende emosjoner, men heller om de subtile, ubevisste. Mye tyder på at følelser utgjør en helt nødvendig støtte for vårt kognitive apparat. Psykologene antar at de erfaringer vi lagrer i underbevisstheten er affektivt ladet. Det affektive apparatet bidrar til at vi i løpet av få sekunder kan ta stilling til om noe vi drar kjensel på er bra eller mindre bra. Dersom tilgangen til det affektive apparatet hemmes på grunn av nevrologiske skader, er det vist at folk kan streve i timevis med trivielle beslutninger (16), for eksempel om man ønsker en timeavtale kl. 10.00 eller kl. 11.00 neste dag. Beslutninger blir ikke nødvendigvis bedre av å tenke nøye over saken.

Å aktivere det affektive apparatet er ikke vanskelig – en pose drops kan være tilstrekkelig. Randomiserte studier har vist at en pose drops påvirker hvordan folk besvarer spørreundersøkelser – deriblant en undersøkelse vedrørende jobbtilfredshet og kreativ problemløsning blant leger (12). I en studie basert på skriftlige pasientkasuistikker var leger mer tilbøyelige til å anbefale innleggelse eller henvisning dersom kasuistikken inneholdt en trussel fra pasienten om å gå til avisene eller klage til Fylkeslegen (17).

Selv om vårt affektive apparat er en effektiv veileder i mange av hverdagens valg og beslutninger, viser empiriske studier at det induserer en interessant effekt på vår risikopersepsjon: Overreaksjon på små og store sannsynligheter og manglende sensitivitet for midlere sannsynligheter (18). Som en illustrasjon kan man forsøke å bruke magefølelsen til å vurdere to ulike cancertvaksiner: Tenk deg at din livstidsrisiko for malignt melanom er en prosent. Det er utviklet en vaksine A som kan eliminere denne risikoen fullstendig. Vaksinen koster 5000 kroner og har kun trivielle bivirkninger. Tenk deg så en annen situasjon: Du får vite at pga. en genmutasjon er din livstidsrisiko for malignt melanom 50 prosent. Det er utviklet en vaksine B som reduserer denne risikoen til 49 prosent. Også denne vaksinen koster 5000 kroner og har kun trivielle bivirkninger. Vaksine A og B gir samme ARR (en prosent), men oppleves vaksine B umiddelbart like attraktiv som vaksine A?

Hvis en pose drops eller en hypotetisk trussel om klage til Fylkeslegen i en papirkasuistikk kan indusere affekt, er det rimelig å anta at ord som hjerteinfarkt og malignt melanom også kan det. FIGUR 1 antyder hvordan dette fungerer: Når affekt først er indusert, er tendensen at våre beslutninger ikke blir en lineær funksjon av sannsynligheter. Kurven blir bratt ved små avvik fra det sikre – sannsynligheter på

null og én – og temmelig flat over et bredt intervall av midlere sannsynligheter. Studerer vi tallene i TABELL 1, kan vi ane konturene av en slik kurve. FIGUR 1 antyder også hvorfor vaksine A framstår som mest attraktiv.

Er tall brukbare i en travel klinisk hverdag?

Jeg vet ikke. Flere menneskelige egenskaper og tilbøyeligheter – *optimism bias, availability heuristics* og *affect heuristics* – ser alle ut til å trekke i samme retning: Manglende vektlegging av tallstørrelser når komplekse beslutninger skal fattes. Dette ser ut til å stikke dypere enn manglende forståelse for eller aversjon mot tall som sådan. Sett i lys av forventet nytteteori er dette problematisk av flere grunner. På makronivå kan det føre til overforbruk av intervensjoner som ikke er kostnadseffektive og underforbruk av intervensjoner som er det. På individnivå kan det føre til beslutninger som er lite i samsvar med pasientens verdier. Tilsynelatende foreligger et paradoks: Om man ønsker at pasienter skal fatte beslutninger i samsvar med forventet nytteteori – hvor tallstørrelser har grunnleggende betydning – er det problematisk å forklare risikoreduksjon ved hjelp av tallstørrelser. Inntil videre må man kanskje velge andre strategier, slik den hypertensive flyktningens angivelige bror gjorde. Gigerenzer og medarbeidere viser til at mangel på grunnleggende tallforståelse – *statistical illiteracy* – er utbredt i befolkningen og argumenterer for at opplæring i statistikk og sannsynlighetsregning må starte allerede i barneskolen (19).

Mye tyder på at vårt kognitive og affektive apparat egentlig er godt tilpasset til hverdagslivets mange beslutninger (8). Disse må ofte fattes med begrenset tilgang til informasjon og med dårlig tid til rådighet. Da gjelder det å kunne fatte beslutninger som er tilstrekkelig gode til å leve med. Jakten på den optimale beslutning kan kreve mer tid og ressurser enn vi faktisk har. Dette er for øvrig betingelser som er lett gjenkjennelige for allmennpraktiserende leger. Hverdagen kan beskrives som en kontinuerlig strøm av beslutninger, noen store, mange små og trivielle. Mange beslutninger fattes svært hurtig, nærmest automatisk, basert på intuisjon og mønstergjenkjenning (6), trolig ved å utnytte sterke sider av vår felles menneskelige kognitive og affektive utrustning. De samme beslutninger kan imidlertid føre til både over- og underforbruk av intervensjoner som for eksempel antibiotika, billeddiagnostiske metoder, screeningundersøkelser, antihypertensiva og statiner. Metoder for å bringe beslutninger mer i samsvar med forventet nytteteori kan ha mye for seg. Det forskes mye på utvikling av retningslinjer og beslutningsstøtte hvor tall for risikoreduksjoner inngår som en sentral komponent. Metodeproblemene er imidlertid mange (20), og det er ikke avklart om dette fører til bedre beslutninger.

Referanser

1. Gulbrandsen P. Somatisk tvangsbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121(29):3441.
2. Von Neumann J, Morgenstern O. Theory of games and economic behaviour. Third ed. John Wiley & Sons Inc; 1953.
3. Halvorsen PA, Kristiansen IS. Decisions on drug therapies by numbers needed to treat - A randomized trial. Arch Intern Med 2005; 165(10):1140-1146.
4. Sørensen L, Gyrd-Hansen D, Kristiansen IS, Nexøe J, Nielsen JB. Laypersons' understanding of relative risk reductions: randomised cross-sectional study. BMC Med Inform Decis Mak 2008; 8:31.
5. Dahl R, Gyrd-Hansen D, Kristiansen I, Nexøe J, Bo Nielsen J. Can postponement of an adverse outcome be used to present risk reductions to a lay audience? A population survey. BMC Med Inform Decis Mak 2007; 7(1):8.
6. Elstein AS, Schwarz A. Evidence base of clinical diagnosis: Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. BMJ 2002; 324(7339):729-732.
7. Pohl R. Cognitive Illusions. A Handbook on Fallacies and Biases in Thinking, Judgement and Memory. 1st ed. East Sussex: Psychology Press; 2004.
8. Gigerenzer G, Todd P. Simple heuristics that make us smart. Oxford University Press; 1999.
9. Schwartz LM, Woloshin S, Black WC, Welch HG. The role of numeracy in understanding the benefit of screening mammography. Ann Intern Med 1997; 127(11):966-972.
10. Lloyd AJ. The extent of patients' understanding of the risk of treatments. Qual Health Care 2001; 10 Suppl 1:i14-i18.
11. Slovic P, Finucane ML, Peters E, MacGregor DG. Risk as Analysis and Risk as Feelings: Some Thoughts about Affect, Reason, Risk, and Rationality. Risk Anal 2004; 24(2):311-322.
12. Estrada CA, Isen AM, Young MJ. Positive Affect Improves Creative Problem-Solving and Influences Reported Source of Practice Satisfaction in Physicians. Motiv Emot 1994; 18(4):285-299.
13. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El Kebbi IM, Gallina DL et al. Clinical inertia. Ann Intern Med 2001; 135(9):825-834.
14. Hsee CK, Loewenstein GF, Blount S, Bazerman MH. Preference reversals between joint and separate evaluations of options: A review and theoretical analysis. Psychol Bull 1999; 125(5):576-590.
15. Halvorsen PA, Kristiansen IS, Aasland OG, Forde OH. Medical doctors' perception of the «number needed to treat» (NNT). A survey of doctors' recommendations for two therapies with different NNT. Scand J Prim Health Care 2003; 21(3):162-166.
16. Loewenstein GF, Weber EU, Hsee CK, Welch N. Risk as feelings. Psychol Bull 2001; 127(2):267-286.
17. Kristiansen IS, Forde OH, Aasland O, Hotvedt R, Johnsen R, Forde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. Lancet 2001; 357(9264):1258-1261.
18. Rottenstreich Y, Hsee CK. Money, kisses, and electric shocks: on the affective psychology of risk. Psychol Sci 2001; 12(3):185-190.
19. Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. Psychological Science in the Public Interest 2007; 8(2):53-96.
20. Nelson WL, Han PKJ, Fagerlin A, Stefanek M, Ubel PA. Rethinking the Objectives of Decision Aids: A Call for Conceptual Clarity. Med Decis Making 2007; 27(5):609-618.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
e-mail: peder.halvorsen@kraftlaget.no

Mestring av kronisk sykdom

AV YNGVAR CHRISTOPHERSEN

En gang ringte en knirkende damestemme nordfra og ville kjøpe en bok. Jeg får en del slike henvendelser etter at jeg skrev en bok om livet med diabetes. Det lød som en gammel dame, stemmen var høflig, men spak, og jeg måtte spørre flere ganger for å oppfatte adressen hennes. Til slutt ga hun selv opp, og etter en knirkepause spurte hun i stedet:

«Jeg har fått sånt apparat på apoteket. Har ingen å spørre. Du, hva betyr 2,6?» Nå snøvlet hun.

«Ka betyr det?» spurte hun.

«Jeg tror du har føling», svarte jeg. «Vet du hva du skal gjøre?»

«Sukker», mumlet hun, og stemmen forlot telefonen.

«Ja», sa jeg. «Sukker. Har du noe i huset?»

Det fikk jeg aldri svar på, jeg kunne ikke se nummeret hun ringte fra, men håper alt gikk bra med henne.



Yngvar Christophersen

Siviløkonom og forfatter av boken *Frisk nok* (Aschehoug 2009) – om å leve bedre med kronisk sykdom; har tidligere skrevet *Diabetes for livet* – Aldri fred å få? Christophersen har levd med type 1-diabetes i over 40 år.



Fra teknikk til forståelse og handling

Blodsuktermåleren er diabetikerens lille hjelper, litt som hjelperen til Petter Smart. Men diabetikeren er selv Petter Smart Diabeticus, som stadig må ta på seg tenkehatten og ikke overlate kontrollen til et teknisk hjelpemiddel.

Samfunnet har satset mye på dette utstyret, titusener blodsuktermålere er ute hos diabetikere i Norge, og årlig koster det 300 millioner kroner. Men får vi realisert potensialet?

Jeg tror dessverre mange stopper opp før gevinsten. For diabetes er ikke for amatører, og blodsuktermålinger har i all fall fire trinn:

- Få tak i utstyret
- Lære å måle blodsukkeret
- Forstå hva målingen betyr, og
- Handle på grunnlag av målingen

Mitt inntrykk er at de to siste, forståelse og handling, bare delvis er dekket. Særlig type 2'erne strever med dette, blant dem er jo mange i honnørsegmentet som vokste opp uten skjermer og mobile duppeditter. Og selv de yngre og teknisk oppegående spør seg selv alt for sjelden:

- Hva betyr denne målingen?
- Hva skal jeg gjøre?

Enda vanskeligere er det å spørre seg selv noen viktige spørsmål:

- Hvorfor var blodsukkeret slik?
- Hva kan jeg lære av det?

Blodsukkermåling er et typisk eksempel på utfordringene ved en sykdom som diabetes og illustrerer grunnleggende trekk ved mestring av kroniske sykdommer. Hvordan skal en kroniker lykkes også med forståelse og handling?

Mange gode krefter, ikke bare Petter Smarts små hjelpere, må samvirke. Først og fremst må pasienten selv ta ansvaret og prøve å mobilisere glød for egen fremgang. Skjebnen er for viktig til å overlates andre. Men også legen har en rolle å spille, og definitivt sykepleieren. Og apoteket. Og de pårørende. Og ekte venner.

Veien til mestring av kronisk sykdom er lang og kronglete. Men den er verdt innsatsen. Og noe av det viktigste helsevesenet kan gjøre, det er å motivere til egeninnsats.

Mestringstrappen

Severin Suveren tar alltid snarveien rett til topps. Men får Severin en kronisk diagnose som krever egeninnsats, blir han neppe en lykkelig mann.

Å nå målene vi har satt oss i livet, både helsemessig og ellers, krever utvikling. De som står med begge bena godt plantet på bakken, kommer ikke av flekken. Skal man til kilden, må man svømme mot strømmen. Mestring kan oppnås gjennom en trinnvis prosess som tar tid. For mestringstrappen har mange trinn, den er nesten som en Maslows behovspyramide bare med mange flere trinn. Og hvert trinn må klatres, det er ingen fikse løsninger. Det er en del faser å gjennomleve for å lykkes. Ofte settes det ikke ord på dem, og de kan passeres nesten umerkelig. Men både pasient og partner kan ha nytte av å se fasene i rekkefølge slik at de kan forsikre seg om at de faktisk beveger seg gjennom alle trinnene.

Aller nederst på mestringstrappen er anslaget. Sjøkket. Dommen.

Diagnosen er altså starten på mestringstrappen. Det er også en sorgprosess. *Hvorfor er akkurat jeg rammet? Er jeg selv skyld i det? Er det en skam?*

Neste trinn er **Informasjon**. *Hva er nå dette for en sykdom?* Informasjonskildene er ofte tilfeldige, noen banale og andre spekket med latin og vanskelig begreper. Mange tyr til internett, men risikerer å misforstå og feiltolke.

Etter mye faktamottak beveger pasienten seg så gradvis over på **Kunnskapstrinnet** og begynner å forstå sykdommen og dens sammenhenger og konsekvenser.

Med innsikt og forståelse, og kanskje et helhetlig perspektiv på sin nye skjebne, er diabetikeren nærmere neste trinn på mestringstrappen: **Aksept**. Dette er en milepæl, en plattform å angripe sykdommen fra, fra å være passivt mottagende til aktivt handlende. Men mange kommer ikke så langt at de aksepterer sin skjebne. I stedet blir livet noe som bare skjer, uten særlig råderett eller egenstyring. De neste trinnene blir gradvis enda mer krevende.

Ansvar: Både diabetikeren selv og hans nærmeste har nå erkjent situasjonen og skjønner at livet med kronisk sykdom blir litt annerledes. De har kjent på følelser av skyld og skam og sinne og plassert dette litt i periferien. De begynner også å få oversikt over hva som er gitt eller bare kommer til å skje, og fokuserer i stedet på hva de selv kan utrette. *Jeg er ikke et kausus*, sier pasienten nå. *Det er ikke bare en sykdom, eller en tilstand. Det er et liv. Mitt liv. Jeg akter å gjøre det beste ut av det.*

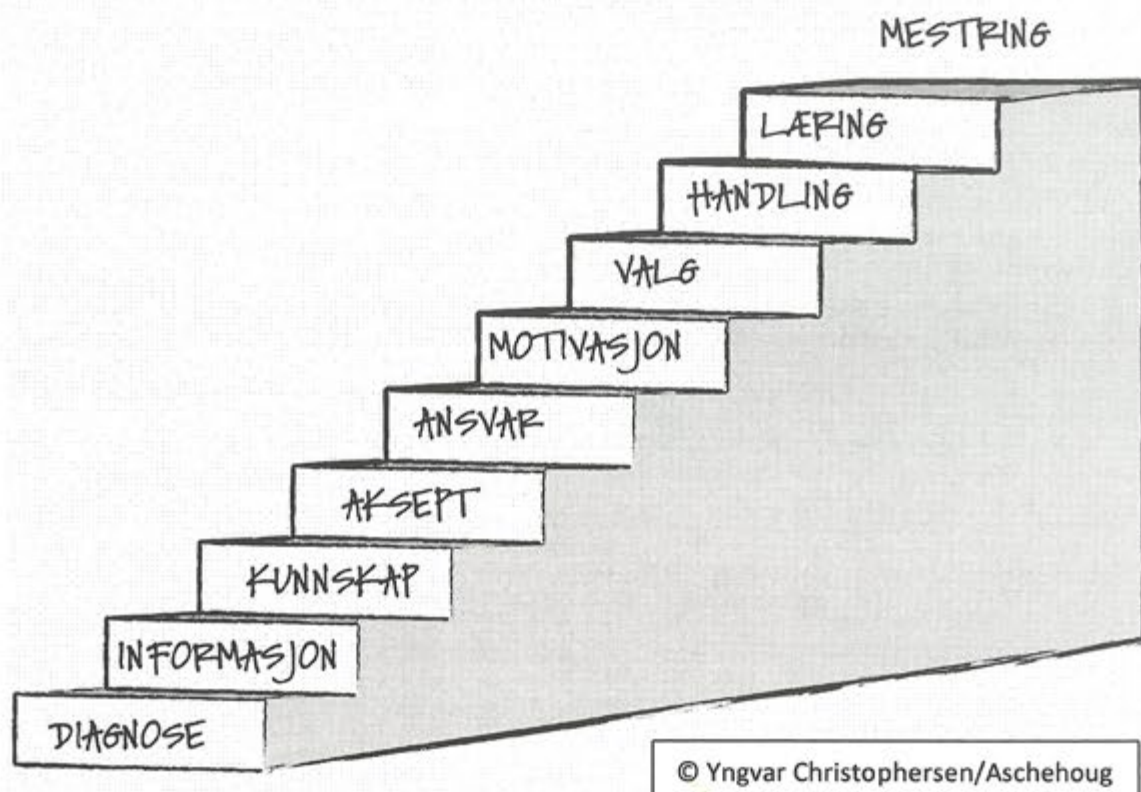
Motivasjon: Denne erkjennelsen leder videre til et trinn der blodårer og tanker fylles av ønske om å ta fatt og handle. Litt optimisme siver også inn, kanskje for første gang siden diagnosen ble forkynt: *Dette kan vi få til. Dette blir til å leve med.*

Valg: Alle dype endringer koster noe. Den første, litt naive optimismen dempes etter hvert når pasienten opplever motstand og innser at fremgang kommer sakte. Det blir tydelig at noe må forsakes, og noen ting må velges bort. Både-og erstattes av enten-eller. Mange må velge en livsstil, et bosted eller et arbeid som er tilpasset nye medisinske realiteter. Forhåpentligvis blir det ikke bare finsk fjernsynsteater med dyster realisme, men *realisme pluss*, dvs. realisme med livsdrømmer attåt.

Handling: Når viktige valg er tatt, skal de gjennomføres i praksis. Mye skal gjøres for første gang, og byksene kan være krevende. De riktige tingene skal nå gjøres riktig.

Læring: Vi er nå kommet høyt i mestringstrappen. Fremgang vil være synlig, både rent medisinsk og følelsesmessig. Noe vil virke etter hensikten, kanskje raskere og kraftigere enn man håpet på, mens andre tiltak viser seg skuffende. Kompetansen om egen helse blir dypere, og kjennskapet til seg selv og egne verdier. Treffsikkerheten øker, og tiltakene kan målrettes bedre. Kronikeren, og teamet hans, lærer, evaluerer og tilpasser miksen av remedier.

MESTRINGSTRAPPEN



Mestring: Øverst i trappen finnes toppetasjen med selvrealisering. Hit har det vært en lang og krevende klatring med skuffelse, motbør og tvil. Men nå er pasienten forhåpentligvis litt friskere, og det siver endog inn litt glede og stolthet, selvfølelse og selvinnsikt, og fragmenter av livslykke: *Igen påvirker jeg mitt liv, min skjebne.* Jeg lykkes.

Fra toppetasjen kan kronikeren skue ned på utfordringene, på farene og alle problemene. Da har det vært verdt innsatsen.

Denne mestringstrappen er stilisert. Virkelighetens luner og individuelle forskjeller vil opplagt spille inn, og realiteter inntreffer sjelden i logiske sekvenser. Og sykdommene er til dels svært ulike. Likevel er det instruktivt å etterstrebe litt struktur på en endringsprosess av slike dimensjoner.

Det ser ut til å være noen gjennomgående trekk i de fleste prosesser av denne typen. Den første fellesnevneren er tid. Et vellykket endringsprosjekt tar tid. Og med tid følger alder, ja, modenhet.

En annen oppadstigende dimensjon er graden av aktivitet. Man starter nederst i trappen som en passiv mottager av en diagnose og blir gradvis mer aktiv. Aller helst beveger den syke seg fra å være en passiv brikke til å bli en aktiv aktør. Et annet suksesskriterium er en overgang fra bare kunnskap til også *klokskap*. Den går fra nedre venstre hjørne og oppover på skrå i figuren. Det er meningsfull og nyttig klatring. Det vi søker, er kombinasjonen av både kunnskap og klokskap, med kropp og sinn i en vinn-vinn.

Det som skjer underveis, er at sykdommen går fra et ytre sjokk til en omstendighet livet ut, fra en skjebnesvanger tilfeldighet til en skjebne som er litt egenstyrt. Selv om tilstanden rent medisinsk skulle forverres over tid, kan pasienten, om han lykkes med mestringstrappen, altså bevege seg fra et ytre sjokk til en indre ro.

Å ta sin sykdom

Mange kroniske sykdommer farer vesentlig bedre om pasienten er motivert og aktiv. Egenbehandling og selvhjelp kan være avgjørende, både rent medisinsk og for trivsel i

hverdagen. Utover selve den medisinske behandlingen, som selvsagt er viktig, betyr dette at helsevesenet kan bidra med to råstoffer for suksess: kunnskap og motivasjon. Summen av disse tre – behandling, kunnskap og motivasjon – kan gi mestring av kronisk sykdom.

Det gjelder å unngå å bare *ha en sykdom*, for det er en passiv konstatering. I stedet kan vi *ta vår sykdom*, for det er offensivt, optimistisk og aktivt. Så jeg oppfordrer leger og sykepleiere til å vri på den standard åpningsreplikken *hvordan har du det?* til i stedet *hvordan tar du det?*

Men ingen blir optimist eller aktiv på kommando. Å ta litt styring på eget liv, også med en alvorlig sykdom, kan kreve både innsats og tid. I min nye bok, *Frisk nok*, introduserer jeg *Timeglassmodellen*, som er et systematisk rammeverk for endringsprosessen fra behandling til handling. Timeglassmodellen gir både pasienter, deres pårørende og behand-

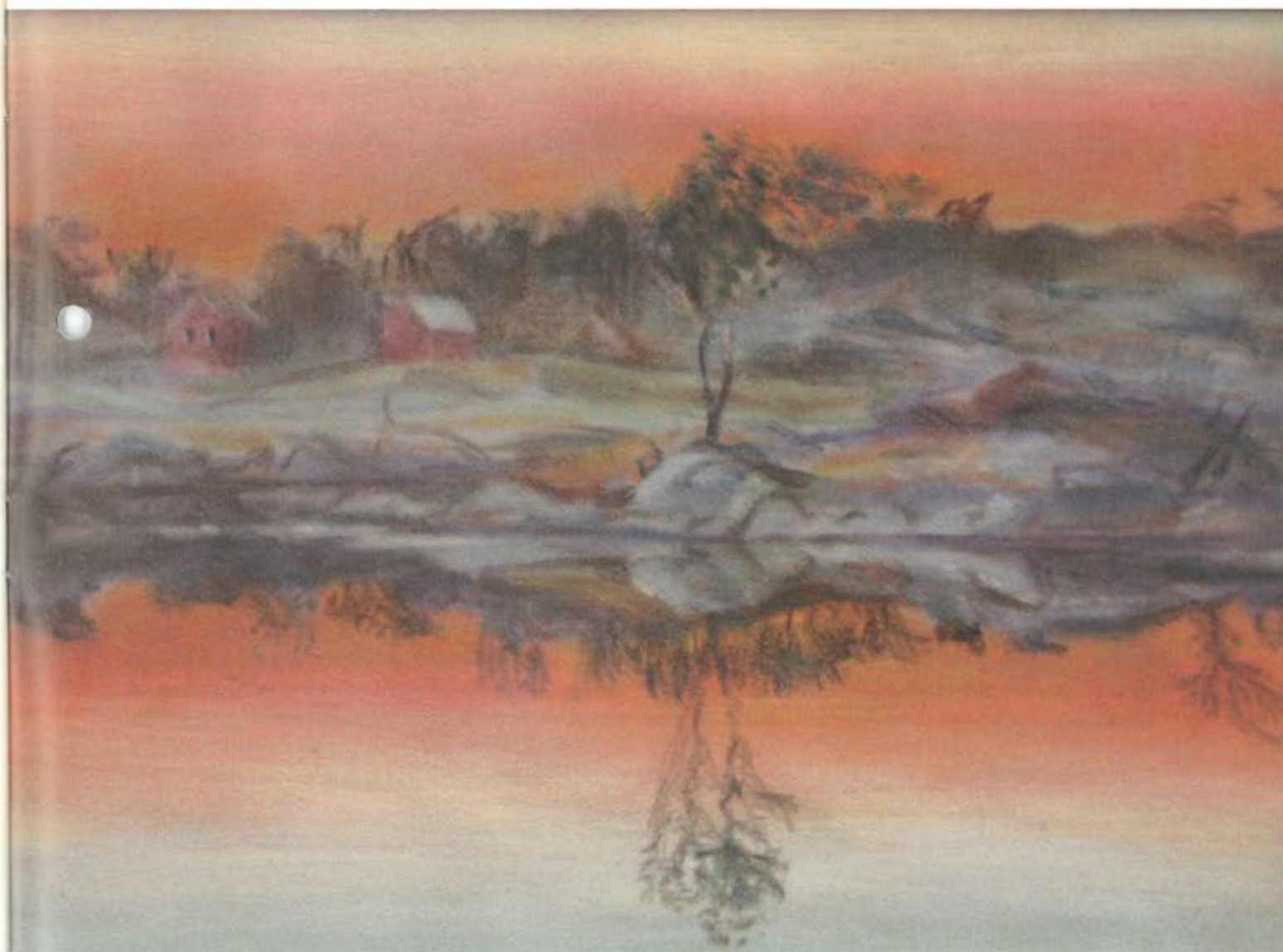
lerne i helsevesenet en strukturert metodikk for både personlig og medisinsk fremgang. Timeglassmodellen består av enkle virkemidler, verktøy og øvelser, og er basert på en overbevisning om at det nytter.

For kronikeren skal ikke bare overleve, men leve. Og en optimistisk, kjempende pasient blir litt friskere. Og ofte mye lykkeligere.

Damen som ringte meg nordfra, fikk aldri boken hun ønsket. Men kanskje hun likevel oppnådde noe: å minne oss alle på at en blodsuktermåler er en verdiløs svart boks om vi ikke *forstår, tolker og handler*.

RED. ANM.: Artikkelen er et bearbeidet og forkortet utdrag av «*Frisk nok: Lev bedre med kronisk sykdom*», Aschehoug 2009. Kan ikke gjengis uten avtale med forfatteren.

Forfatteren kan kontaktes via nettsiden: www.diabetesforlivet.no



Reisebrev: Om helse og uhelse i TANZANIA

AV MAREN HYLEN RANHOFF

Ute på den tanzanianske høysletta er legen vanligvis den eldste mannen i landsbyen, eller han som har flest dyr og størst tomt.

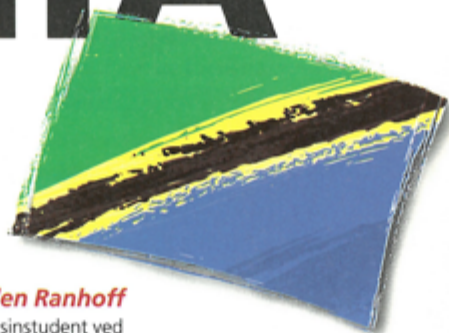
Det er han som styrer med det praktiske i

lokalsamfunnet og den man spør seg til råds. Legegjerningen utfører han basert på behandlingsprinsipper som har vært gjeldene i stammesamfunnet i generasjonsrekker.



Maren Hylan Ranhoff

Siste års medisinstudent ved Universitetet i Tromsø. Hun har nylig jobbet i 5 måneder ved Haydom Lutheran Hospital i Tanzania og ved en mobil helseklinikk i Cape Town, Sør-Afrika.



Medisinmannen bruker ofte ild og kniv i sitt virke. Det handler om å drive ut de onde åndene som har tatt bolig i kroppen til den syke. Vanligvis gjøres dette gjennom ritualer der en slakter og ofrer dyr, og brenner og kutter i huden over de kroppsdelene som er smertefulle eller symptomgivende. I Mbulu-distriktet i Nordvest-Tanzania er det norskdravede sykehuset Haydom Lutheran Hospital lokalisert. Sykehuset har 450 senger og blant annet en HIV klinikk. Sykehuset drives av den evangelistiske lutherske kirke i Tanzania, og ledes av den norske legen Øystein Evjen Olsen. Han er tredje generasjon i Evjen Olsen-familien som leder sykehusdriften. Sykehuset dekker en populasjon på omtrent 260 000 personer og tilbyr polikliniske og prehospitale tjenester i tillegg til sykehusdriften.

De fleste innbyggerne på landsbygda i Tanzania er godt informert og kjent med det moderne helsetilbudet, som etter vår standard selvfølgelig er alt annet enn moderne. De velger likevel i de fleste tilfeller å benytte seg av den tradisjonelle hjelpen når nøden melder seg. Hvorfor er det sånn? På det lokale sykehuset er legen ung, hvit, europeisk og snakker et fremmedspråk. I den tradisjonelle afrikanske kulturen er det de eldre som har de viktigste posisjonene i samfunnet, og de unge skal alltid søke en eldre om råd. Det er unaturlig å betro seg til en lege som er så annerledes en selv, en som ikke snakker det samme språket, som har en annen farge på huden og som kanskje til og med er kvinne. Konfrontert med slike kulturelle forskjeller er det naturlig å være mistroisk til kom-

petansen til dette fremmede. Hva kan de vite om hvordan jeg har det? Er menneskene like som oss der de kommer fra og har de samme sykdommene der som her? Kan jeg tro på det de sier hvis medisinnmannen sier noe annet?

I tre måneder har jeg gjort forskningsarbeid for min hovedoppgave på medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø. Jeg har vært tilknyttet HIV-klinikken ved Haydom og jobbet sammen med en annen norsk lege, på sykehusets medisinske avdeling. I arbeidet på sykehuset har jeg opplevd mange kulturforskjeller og utfordringer i møte med pasientene. Under visitten på avdelingen ble jeg en dag bedt om å forlate rommet fordi en av pasientene ville se sin tradisjonelle medisinnmann. Hun hadde ikke lenger tro på at pillene hun fikk av meg ville hjelpe. Pasienten ble liggende på avdelingen i flere uker, og tok både pillene vi forskrev og medisinnmannens brygg. Hva som hjalp er vanskelig å si, kanskje var det kombinasjonen? Pasienten dro hjem i god form og var meget fornøyd med sykehusoppholdet.

Uten viktige medikamenter vil helsetilstanden til lokalbefolkningen stå i fare, og uten sykehuset vil det ikke være noe medisinsk tilbud på landsbygda. Det skal ikke være et «enten-eller» mellom den moderne og den tradisjonelle medisinen, men det må være forståelse på tvers av ulike kulturer mellom legen og pasienten. Utfordringen ligger hos de tilreisende legene som må ta inn over seg pasientens forventninger, og ivareta disse så godt det lar seg gjøre.

1



2



3



4



5



1. Haydom Lutheran Hospital ligger i Mbulu-distriktet i det nordvestlige Tanzania
2. Sykevisitt
3. Maren Hysten Ranhoff og Ezra.
4. Forfatteren på avdelingen på sykehuset.
5. Maren foran sykehuset.

Tanzania er definert som et utviklingsland med gjennomsnittlig levealder på 49 år hos kvinner og 47 år hos menn. Tall fra WHO i 2004 estimerer en HIV-prevalens på 6,4 prosent i aldersgruppen 15–49. Landet har store helseutfordringer, et lite utbygd helsevesen, sparsomt med infrastruktur og meget dårlig statlig økonomi. Befolkningen lider på grunn av dette, og trenger flere leger og helsepersonell i fremtiden. Mange organisasjoner er involvert i drift av private helsetilbud, og kirken er en sterk aktør. Tanzania

trenger, som mange andre utviklingsland, å utdanne sine egen leger, med grunnfeste i kultur og språk og insentiver til å bli i landet og jobbe over lange perioder. Bare slik kan en få et helsetilbud som møter pasientene optimalt og gir bærekraft til helsesystemet.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
mhr022@post.uit.no

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2010

UTPOSTEN Bladet for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer 7 ganger årlig med dobbelt julenummer. 7 primærleger er redaktører.

	Best.frist	Mat.frist	Utsendelse
Nr. 1	15. januar	27. januar	15. februar
Nr. 2	5. februar	17. februar	15. mars
Nr. 3	19. mars	7. april	26. april
Nr. 4	14. mai	26. mai	14. juni
Nr. 5	27. august	8. september	27. september
Nr. 6	24. september	6. oktober	25. oktober
Nr. 7/8	5. november	17. november	6. desember

ABONNEMENT:

Kr. 450,- i året

TEKNISK

Annonseansvarlig:

Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32,

2050 JESSHEIM

TLF.: 63 97 32 22

FAX: 63 97 16 25

E-POST: karianne.rutle@c2i.net

rmrtove@online.no

Materiell:

Elektronisk

(mail / FastSend: se www.07.no / CD).

Format:

A4, 210 x 297 mm (+3 mm for utf.).

SATSFLATE: 165 x 236 mm, 2 spalter

Raster: 60 linjer

Trykkeri:

07 Gruppen AS

1930 AURSKOG

Tlf.: 63 86 44 00

Kontaktperson:

Morten Hernæs

TLF.: 63 86 44 63

E-POST: morten.hernaes@07.no

UTPOSTEN

blad for allmenn- og samfunnsmedisin



Sjøbergvn. 32

2050 Jessheim

TLF.: 907 84 632 – FAX: 63 97 16 25

E-POST: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av

UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på **UTPOSTEN**:

NAVN

ADRESSE

POSTSTED



Vi gir helsevesenet IT-løsninger som fungerer

Gjennom vår 20-årige historie og store markedsandeler med mer en 43.000 brukere, har vi opparbeidet solid kompetanse innen teknologi og helsefag.

Med dette som utgangspunkt for design og utvikling av våre løsninger leverer vi teknologi som understøtter effektive arbeidsprosesser. Våre spesialiserte løsninger utvikles i tett dialog med brukergrupper fra de ulike helsefaglige miljøene med spisskompetanse innen sine fagområder.

Dette betyr at våre IT-løsninger fungerer optimalt i et helse-faglig perspektiv, og effektiviserer administrative rutiner som gir mer helse i hver krone.



Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på 3 dager¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antinfektivum til gynekologisk bruk.

ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin, 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearyl., cetylal., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.
VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin, 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

Dosering: Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer,

spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Latekskondomer og lateksspessar kan svekkes i kontakt med innholdsstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalt hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycin i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginit, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale:

Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, sopplinfeksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginit: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon: Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C. Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40. Sist endret: 27.01.2004 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned) Ref. 1) Paavonen J. et al. Obstet Gynecol 2000;96:256-60



Dalacin
Klindamycin