

● Narrativ medicin i almen praksis – del I

Historiernes betydning for sygdom og sundhed

Af Lotte Hvas og Linn Getz



Biografi

Lotte Hvas er praktiserende læge, dr.med. og tilknyttet Forskningsenheden for Almen Praksis i København som seniorforsker. Linn Getz er seniorforsker, ph.d. ved Allmenmedisinsk Forskningsenhed, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet i Trondheim, og professor i medicinske adfærdsfag samme sted. Har klinisk erfaring fra almenmedicin, psykiatri og som bedriftslæge i Norge og Island.

Lotte Hvas' adresse

Lægehuset, Industrivej 3, 4720 Præstø.
lotte.hvas@dadlnet.dk

Praktiserende læger kan godt lide en god historie. At få patienternes historie kan ud over underholdningsværdien og fremme af den mellemmenneskelige forståelse give værdifulde informationer om, hvordan vi hjælper, behandler eller forstår netop den patient. Kendskabet til patientens unikke historie er et særkende for det almenmedicinske speciale. Denne artikel beskriver, hvordan mennesker skaber og lever i en verden af historier. Det er den første af to »kort over det narrative landskab«.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

»Narrativ« betyder kort og godt fortælling eller historie. Ordet stammer fra det latinske *narrare*: at fortælle. Et narrativ handler imidlertid ikke kun om den konkrete eller faktuelle historie, men i lige så høj grad om, hvordan vi fortolker og konstruerer fortællingerne i vores liv, så de giver mening for os.

»Narrativ« er blevet et af tidens buzzwords, og alle taler om historier: Journalister skaber historier, som mennesker kan identificere sig med, terapeuter taler om »*story-telling*«, politikerne indser, at den gode historie giver stemmer, og mange af os skaber personlige historier om os selv på de sociale medier.

I et moderne perspektiv er det allestedsnærværende fokus på narrativer nyt. Mange forskellige faggrupper er lige nu ved at sætte deres aftryk, definitionerne går i forskellige retninger, og et fælles begrebsapparat synes endnu ikke at foreligge.

I denne og en efterfølgende artikel forsøger vi ud fra egne observationer og med reference til faglitteraturen at fremlægge perspektiver på narrativ medicin, der har relevans for arbejdet i almen praksis. Med

andre ord: vores mål er at give et overblik over »det narrative landskab« i mødet mellem læge og patient.

Historiernes betydning for sundhed og sygdom

Lad os se på et eksempel fra et middagsselskab, hvor danskernes ønske om at få penicillin ved banale infektioner blev diskuteret. En af kvinderne grinede og syntes, at det var tåbeligt, at folk rendte til læge for det mindste, for som hun sagde: »I vores familie har vi altid sagt, at det tager syv dage at blive rask *uden* penicillin og en uge *med* penicillin«.

En stærk familiefortælling, som direkte påvirker hendes lægesøgning og sundhedsadfærd, og på en helt anden måde end veninden, der straks replicerede: »Jamen, hvis man ikke går til læge i tide, så risikerer man, at det bliver kronisk. Min søster fik kronisk bihulebetændelse, fordi hun var stædig og ikke ville gå til læge«.

Mennesket har gennem evolutionen udviklet en »historiefortællende« hjerne, hvilket vil sige en hjerne, der opfatter og tolker symboler, leder efter mønstre i tilværelsen og konstruerer narrativer (1). Vi har til alle tider ønsket at finde mening og sammenhæng i tilværelsen, og hertil bruger vi historierne, hvad enten det handler om små anekdoter fra vores eget liv eller om de store religiøse og politiske fortællinger. Således også når det handler om sygdom og sundhed (2). »Hvorfor er lige netop jeg blevet ramt?«, spørger mennesker sig selv, når en alvorlig sygdom diagnosticeres, men svarene er forskellige. Den enkelte leder efter en forklaring, der kan give mening: Er det min egen skyld? Er der en dybere hensigt? Er det på grund af mine gener? Er jeg alt for belastet på mit arbejde, eller bor jeg det forkerte sted?

På samme vis leder vi efter muligheder for at blive raske igen, og de mange fortællinger, som vi har med os, giver os stof til forskellige løsninger: Vitaminer er sundt, medicin er godt (eller skidt), det er vigtigt at få sagt fra på arbejde eller at få den indre ro tilbage gennem bøn eller meditation.

Symptomer og skavanker er en uundgåelig del af menneskelivet. Vi er til stede i verden som kroppe, og lidelse er ikke blot noget, der eksisterer i vores hoved. Men til gengæld er der en erkendelse af, at det *også* handler om, hvordan vi forholder os til kendsgerningerne. Eller som *Piet Hein* har skrevet: »Helbred er hvordan man har det, sundhed er hvordan man ta'r det«.

Piet Hein satte med sit »Gruk« ord på det, vi som praktiserende læger ved: At tilsyneladende samme symptomer kan give sig umådelig forskelligt udtryk afhængig af, hvilken patient det rammer og i hvilken sammenhæng, og at sundhed – her forstået som evnen til at modstå sygdom og blive rask igen – varierer fra person til person.

En person kan ryste et helbredsproblem af sig og gå videre i livet efter at have lavet de nødvendige korrektioner, mens det samme problem får bægeret til at flyde over for en anden. En væsentlig forskel i »hvordan man ta'r det« kan findes i narrativerne: De nye symptomer

indpasses og gøres begribelige i forhold til alt andet i livet og til det liv, der allerede er levet.

Hvis de to kvinder i det ovenstående eksempel en dag får bihulebetændelse og feber, er det ikke primært deres symptomer, der adskiller sig, men deres forståelse og adfærd: Den ene bliver hjemme, til det går over, den anden skynder sig til læge og beder om medicin. En læge, der kun forholder sig til symptomerne, vil derfor hurtigt komme til kort, og sandsynligheden for, at lægen taler for døve øren, er stor. At fortælle, at en bihulebetændelse ikke nødvendigvis behøver behandles med antibiotika, vil sparke åbne døre ind hos den ene, men medføre udpræget skepsis hos den anden.

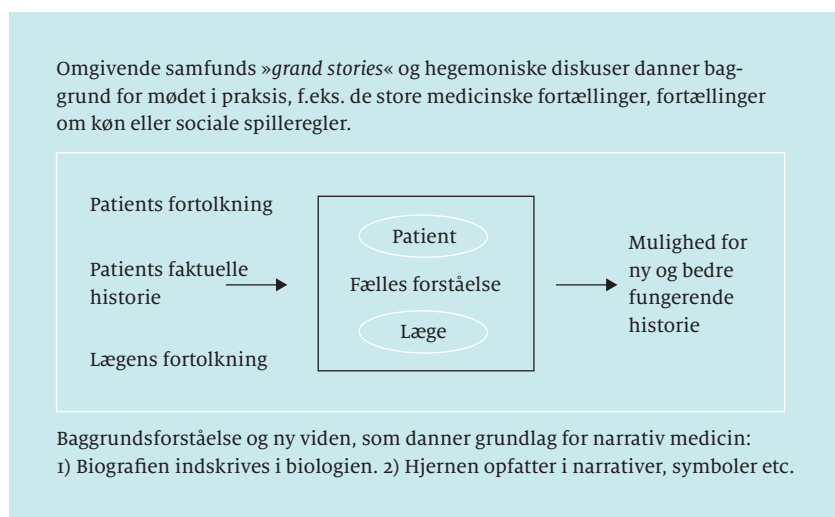
Hvad har patienten i rygsækken?

At lytte til patienten og se den enkeltes unikke historie er ikke nyt for den praktiserende læge. Det har altid været en del af kernefunktionen. Vi erkender i hver eneste konsultation, hvordan det levede liv påvirker patienterne, og hvordan sygdom kan påvirke menneskers liv. Gennem et langt bekendtskab bestående af mange små møder har den opmærksomme læge fået en fornemmelse af, hvad den enkelte har at slås med. Som læger lytter vi til patienternes forestillinger om, hvorfor tingene er blevet, som de er, før vi forsøger at få vores egen opfattelse af en sygdoms årsag og behandling til at smelte sammen med patientens historie på en hensigtsmæssig måde.

Selv om vi ikke kan lave det skete om, kan det, at vi lytter til historien og forsøger at forstå, hvordan det er at være »i patientens sko«, være en hjælp i sig selv. Flere tænkere lægger netop vægt på den praktiserende læges rolle som vidne og ledsager (3, 4).

Narrativ medicin handler ikke kun om, at lægerne ved (og erkender betydningen af), hvad en patient »har med i rygsækken«. Narrativ

Figur 1 / Det narrative landskab omkring mødet mellem læge og patient i talen om sundhed og sygdom.



medicin handler i høj grad også om, at læge og patient sammen kan undersøge, hvordan historierne er blevet konstrueret, og om at tro på, at en historie kan påvirkes, udvikles og dermed fungere bedre (Figur 1).

Patientens fortolkning af historien

Narrativ medicin standser ikke ved den faktuelle historie, men handler også om konstruktionen af historien, dvs. hvordan hændelser og faktiske begivenheder erfares og fortolkes. Det betyder, at man ud fra en narrativ tankegang ikke kun er interesseret i, hvad der rent faktisk skete, men måske først og fremmest, hvilken historie der har bundfældet sig og dermed den historie, som patienten lever videre med. Det kan forklare, at nogle bukker under af hændelser, som for en udenforstående ikke virker særlig dramatiske, mens andre tolererer det mest umulige.

Eksempel

I et lille lokalsamfund indtraf der et kioskrøveri. Røverne kom dog ikke så langt, da det lykkedes kioskejereren at bremse tyven. Lægen var imidlertid bekymret for kioskejereren, der var blevet truet korporligt, og tænkte straks på risikoen for posttraumatisk stress syndrom. Men manden var lutter smil og forklarede glædestrålende, hvordan den lokale avis havde udnævnt ham som helt.

Patient og læge skaber en historie i fællesskab

Ikke bare patienten, men også lægen bringer sine egne narrativer med ind i konsultationen, såvel de personlige som de professionelt tillærte. Vi er næppe så bevidste om vores egen indflydelse på, hvordan historierne kan forandres i konsultationen, men som den engelske praktiserende læge *John Launer* skriver i en leder i *British Journal of General Practice* i 2003 om narrativ medicin (5): »I mødet med patienten formidler vi, skaber og genskaber *the grand narrative of biomedicine*, hver gang vi fortolker et symptom, giver en diagnose eller medicin«. Når patienterne forlader konsultationen, har de ofte overtaget vores fortælling eller i det mindste fragmenter af den.

Den medicinske historie, som vi viderebringer og er repræsentanter for, er meget indflydelsesrig og kan have stor kraft i forhold til den enkelte. Vestlig medicin har på mange områder ført til succes. Operationer og lægemidler har reddet mange fra død og handicap. Men den medicinske historie er ikke udelukkende succesfuld som for eksempel i forhold til kroniske smertetilstande og andre »subjektive« gener, hvor det ikke er muligt at give en forklaring ud fra dagens diagnostiske rutiner og repertoire (6).

Også oplysninger om »skjult« risiko og mulige fejlfunktioner som f.eks. en genetisk risiko, biokemiske risikomarkører eller knogleskørhed udgør en udfordring. Som læge bør man tænke sig godt om, før man på eget initiativ præsenterer velfungerende og raske mennesker for information om risiko for fremtidig sygdom, da medicinen risikerer at

introducere »en ny historie«, som knytter sig direkte til menneskets eksistentielle sårbarhed og kan fremkalde bekymring (7-9). Det er måske muligt at forsøge at lindre den iatrogene (dvs. lægeskabte) uro gennem øget brug af helbredsytelser og teknologi, men dette risikerer i sig selv at skabe yderligere utryghed. Hvorvidt og eventuelt hvornår proaktiv medicin kan give gevinst i form af lavere sygelighed og/eller længere overlevelse, strides de (vi) lærde om. At proaktiv medicin er associeret med bivirkninger og etiske dilemmaer, er derimod veldokumenteret (10, 11). Mange mennesker opfatter dog proaktiv, medicinsk risikospørgsmål som et ubetinget gode – hvilket igen kan knyttes til det moderne, vestlige narrativ om værdien af at have og tage kontrol og ansvar.

Muligheden for at skabe en ny og bedre fungerende historie

Historier er ikke stationære, men til stadighed under konstruktion. Det giver os muligheder for at hjælpe patienterne. Lægen kan bevidst indtage en rolle som kompetent medtænkner, altså et medmenneske, som tåler at høre det, der bliver sagt, og som anerkender historiens grundlæggende betydning i den andens liv. Som udgangspunkt handler det om at kunne lytte fordomsfrit og engageret uden at tænke på en mulig »løsning« af patientens lidelse. Arthur Frank understreger, at den narrative proces indebærer at »forandre et liv levet i kaos til en historie om kaos«. Det har i sig selv en terapeutisk effekt, fordi en kaohistorie, der kan fortælles, netop ikke længere er kaos (12). Gradvis vil lægen gennem kommentarer og kreativt nysgerrige spørgsmål til historien kunne introducere nye perspektiver og pege på alternative fortolkninger og løsninger.

»My story is broken – please help me fix it« var den rammende titel på en artikel om narrativ medicin allerede i 1994. *Launer* siger helt konkret, at almen praksis er et sted, hvor patienterne kan bringe deres *broken story*: »A narrative approach sees the search for better stories, and the attempt to provide these, as the basis of all the work that is done in primary care« (13). Narrativ medicin kan ud fra dette perspektiv altså betragtes som en resursebaseret tilgang, hvor det handler om, at patient og læge sammen kan finde og udvikle patientens egne iboende resurser. En tilgang, som derfor af nogle terapeuter har fået tilnavnet »håbets arkæologi« (14).

Er en diagnose en god eller dårlig historie?

Anvendelsen af medicinske diagnoser er tankevækkende i denne sammenhæng. For et menneske, der har en lang række uforståelige symptomer, og som måske tænker: »er jeg ved at blive skør?«, kan en medicinsk diagnose repræsentere en langt »bedre« historie i form af mening og håb om helbredelse. I andre sammenhænge kan diagnoser skabe fremmedgørelse og afmagt. For at sige det med den norske praktiserende læge John Nessas ord: »Diagnoser dræber og gør rask« (15).

I forhold til revisionen af det amerikanske diagnosesystem DSM 5



Patienten medbringer sin »rygsæk« til lægen: »Det er godt du kender mig«. Tegningen er et udsnit af en illustration, tegnet af Jens Ole Amstrup ved DSAM's visionsworkshop den 23.2.2013 om almen praksis år 2025. Tegningen illustrerer ønsket om at bevare en kernefunktion, hvor patient og læge mødes i øjenhøjde, og hvor lægen gennem sit kendskab til patienten ved, hvad der gemmer sig i rygsækken. Dvs. hvad patienten har at slås med, eller hvilke resurser der er tilgængelige. Måske skal en rygsæk med tunge sten blot sættes et øjeblik, måske skal den også åbnes? Tegningen illustrerer samtidig, at der er en dør, der kan åbnes, og en elektronisk tilkobling til det omgivende samfund: Lægen bør ikke være alene om at forsøge at hjælpe patienten med problemer, der bedst løses andre steder. *Gengivet med tilladelse fra DSAM.*

har der været strid omkring det at diagnosticere sorg som »depression« kort tid efter tabet af en livsledsager eller et andet nærtstående menneske. Interessant nok har »nedlæggelsen« af den specifikke diagnose Aspergers syndrom i samme revisionsproces skabt betydelig modstand blandt patienter og pårørende. »Asperger« synes at have givet rum for historier (og håb) om »kreativ anderledeshed« – historier, som trues ved at selve navnet forsvinder, og diagnosen bliver en anonym kategori inden for autismspekteret. På samme måde diskuteres den voldsomme stigning i antallet af ADHD-diagnoser hos børn, herunder hvilken betydning det vil have at give små børn en etiket, der gennem den rådende deterministiske fortælling om genetiske årsager forklarer deres afvi-

gende adfærd. Hvilke perspektiver taber man derved af syne? Og er det overhovedet muligt at blive rask igen, når etiketten først sidder der?

Afsluttende bemærkninger

For praktiserende læger er det en kerneydelse at møde patienten, lytte til dennes historie og forsøge at forstå og erkende, hvorledes det patienten har oplevet, påvirker dennes sygdom og sygdomsopfattelse. Narrativ medicin kan anses som en moderne betegnelse for noget, der til en vis grad har foregået altid. Samtidig finder vi begrebet gavnligt, fordi det retter fokus mod dialogens essentielle betydning i klinisk arbejde.

I foråret 2013 var de danske praktiserende læger gennem en dramatisk konflikt, der på mange måder viste, at der mangler viden i det omgivende samfund om det potentiale, som knytter sig til det fortrolige og tillidsfulde møde mellem patient og læge. Netop kendskabet til den enkelte og den baggrund, som lægen har for at behandle patienterne individuelt uden at »putte i standardkasser«, har indtil nu været relativt tavs viden. At arbejde med narrativ medicin som en del af vores fag kan være med til at begrebsudvikle og synliggøre disse væsentlige aspekter ved almen praksis.

I en efterfølgende artikel vil vi gennemgå flere teoretiske perspektiver på narrativ medicin.

Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet

Litteratur

1. Nigam SK. The storytelling brain. *Science and Engineering Ethics* 2012;18:567-71.
2. Frank AW. Five dramas of illness. *Perspect Biol Med* 2007;50:379-94.
3. Mehl-Madrona L. Narrative medicine. The use of history and story in the healing process. Bear & Co, 2007.
4. 7 teser for allmennmedisin. <http://www.fastlegen.no/hva-er-fastlegeordningen/hva-er-en-fastlege/allmennmedisin-fastlegens-fag/7+teser+for+allmennmedisin.156.cms>.
5. Launer J. Narrative-based medicine: a passing fad or a giant leap for general practice? *Br J Gen Pract* 2003;53:91-2.
6. Eriksen TE, Kirkengen AL, Vetlesen AJ. The medically unexplained revisited. *Med Health Care Philos* 2013;16:587-600.
7. Hvas L, Reventlow S, Jensen HL et al. Awareness of risk of osteoporosis may cause uncertainty and worry in menopausal women. *Scand J Public Health* 2005;33:203-7.
8. Brodersen J, Siersma VD. Long-term psychosocial consequences of false-positive screening mammography. *Ann Fam Med* 2013;11:106-15.
9. Hvas L, Brodersen J, Hovelius B, Bentzen N. Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed? *Månedsskr Almen Praksis* 2011;89:877-85.
10. Davis DS. Opportunistic testing. The death of informed consent? *Health matrix. J Law-Medicine* 2013;23:35-54.
11. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Beacon Press, 2011.
12. Frank A. Just listening: narrative and deep illness. *Families, Systems and Health* 1998;16:197-212.
13. Launer J. Narrative-based primary care. A practical guide. Radcliff Medical Press, 2002.
14. Monk G, Winslade J, Chrocket K et al, red. Narrativ terapi i praksis. Håbets arkæologi. Akademisk Forlag, 2006.
15. Nessa J. Diagnosar drep – og gjer frisk. *Utposten* 2000;29(1):4-7. <http://www.uib.no/isf/utposten/2000nr1/utp00102.htm>.