Bekymringsgørelse - er det noget at bekymre sig over?

Bekymringsgørelse opstår, når sundhedsvæsenet tilbyder undersøgelser for skjulte risikofaktorer, og dermed fokuserer på trusler om sygdom i fremtiden. Men bekymring er også en effektiv motivator, hvis man ønsker, at mennesker ændrer adfærd - hvilket jo er grundlaget for meget af den forebyggelse, der sker i dag - man må »rystes lidt« for at forstå budskabet, så det bliver omsat i handling. Men bekymringsgørelsen har bivirkninger - ikke kun som psykisk skade også som social skade i form af stigmatisering, tab af værdighed og autonomi. Denne artikel er den anden af 4 artikler, der tager udgangspunkt i forfatterens disputats (1). Mange kvinder bliver usikre og bekymrede, når de blilver konfronteret med risikoen for knogleskørhed og samtidig får at vide at det er op til dem selv at gøre noget ved det - enten i form af livsstilsændringer eller ved at tage medicin. Afhandlingen kan rekvireres hos Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, tlf. 35 26 67 85 eller mpl@mpl.dk. Pris: 150 kr.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Af: Lotte Hvas

»Hun havde ondt af de hvide, som havde så frygtelig travlt med at styrte rundt og være bekymret for alt muligt, der alligevel aldrig ville ske.«

Mma Ramotswe i Damernes
Detektivbureau nr. 1 af A.M. Smith

»Var hun mon købt af medicinalindustrien?« spurgte en af mine interviewpersoner mig lidt provokerende. Jeg var i forbindelse med et projekt ude og interviewe kvinder i overgangsalderen om deres erfaringer, herunder om deres møde med de praktiserende læger.

»Egentlig havde jeg det fint nok, jeg havde ikke mange symptomer, men synes lige jeg ville have et tjek for at se, at alt var i orden« fortsatte hun. »Og så var det, at lægen sagde, at jeg skulle tænke på knogleskørhed, og så udskrev hun en recept på hormoner, noget jeg da aldrig havde forestillet mig at jeg skulle tage!«

Interviewet fandt sted i 2000, dvs. på et tidspunkt, hvor mange læger næsten pr. automatik anbefalede hormoner til kvinder i overgangsalderen. Nu er tiderne ændret, men kun lige netop med hensyn til hormonbehandling som forebyggelse, situationen er alligevel fortsat velkendt i dag: En rask person kommer til lægen, som i bedste mening tænker på forebyggelse af en risikofaktor. Risikoen introduceres fra lægens side, og samtidig nævnes den medicinske løsning. Herefter er resten op til personen selv.

Denne kvinde kunne fortælle, hvordan hun i flere år gik og overvejede, hvad hun skulle gøre: »På den ene side ville jeg jo ikke ende med bare at falde sammen som et korthus, på den anden side, havde jeg ikke tillid til hormoner, og var bange for bivirkninger - jeg havde hørt så meget om brystkræft. Det var som at vælge mellem pest eller kolera«.

Hun fortalte om, hvordan hun søgte nye oplysninger, hun gik på biblioteket for at finde bøger og informationsmateriale, hørte foredrag, og fik henvisning såvel til gynækolog som til knoglescanning for at få et bedre beslutningsgrundlag. Til sidst endte hun med, trods at hun faktisk fik påvist en noget nedsat knogletæthed, at undlade medicinsk behandling, og i stedet starte i et motionscenter og ændre sin kost. »På den måde fik jeg omsat angsten til handling - og nu har jeg det godt igen«.

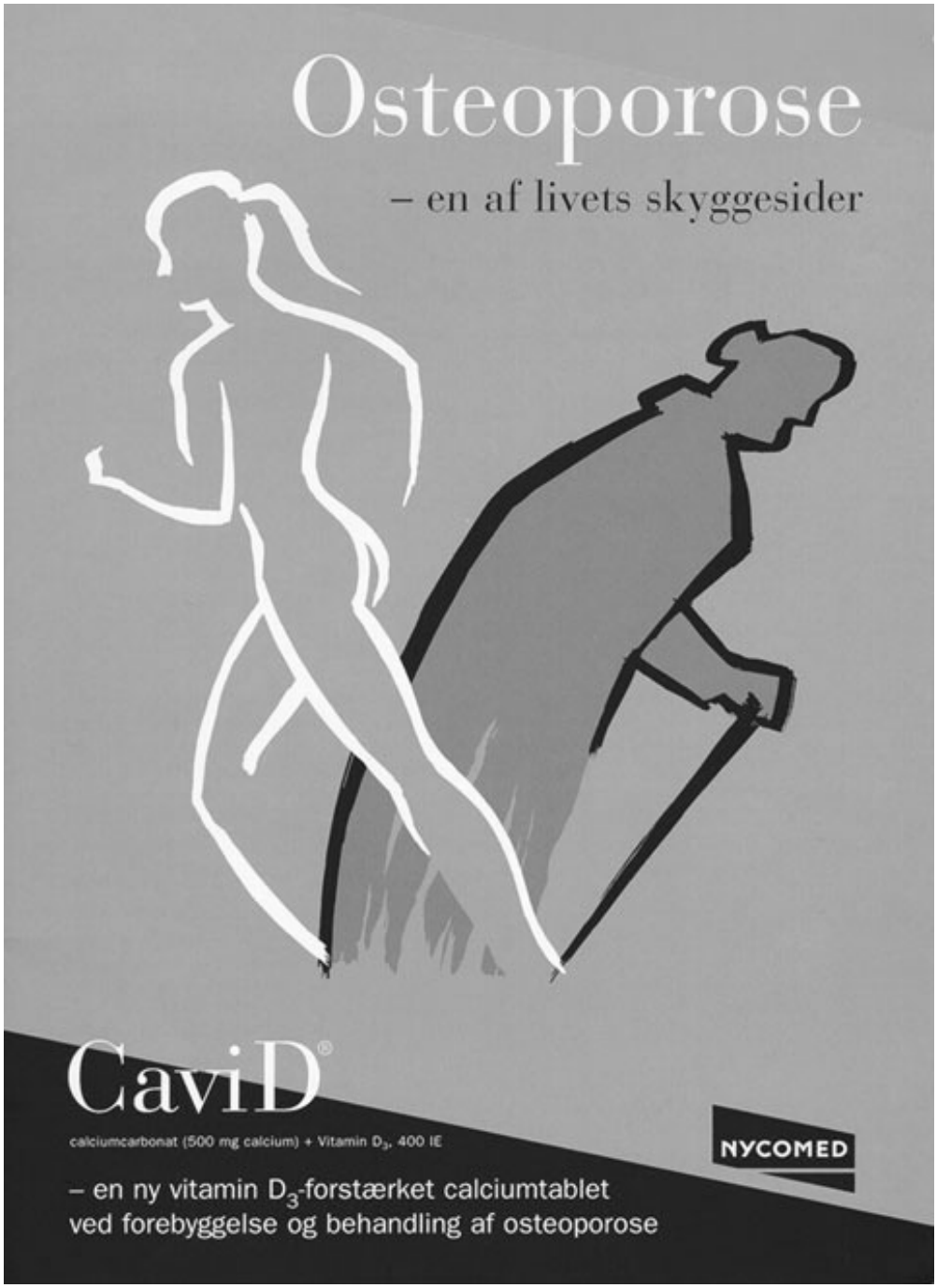

Fig. 1. *Der er et ønske fra såvel medicinske specialister som fra politikere, patientforeninger og lægemiddelindustri om at informere kvinder om deres øgede risiko for knogleskørhed efter overgangsalderen. Billederne og teksten giver ofte næring til bekymringsgørelsen, ved at lægge vægt på et negativt billede af fremtiden. Illustra-tionen bringes med tilladelse fra Nycomed*

Bekymringsgørelse

I en kvalitativ interviewundersøgelse af 17 kvinders erfaringer med oplysninger om risiko for knogleskørhed (2) fandt jeg, at mange kvinder - men ikke alle - blev usikre og bekymrede, når de blev konfronteret med risikoen for knogleskørhed, og samtidig forstod, at det var op til dem selv at gøre noget ved det - enten i form af livsstilsændringer og specielt i form af hormonel behandling. Selv om mange læger blev overrasket over undersøgelsesresultaterne fra Women's Health Initiative (3), der kom i 2002 og viste, at hormoner ikke var så hensigtsmæssige, som mange læger gik og troede, var det bestemt ikke nyt for kvinderne, at hormoner kunne indebære en væsentlig risiko i sig selv.

Andre kvinder lod sig slet ikke mærke af informationen om risiko. De havde opfattet, at knogleskørhed var noget, man burde forholde sig til, når man var i overgangsalderen, men det var ikke rigtig noget, der gjaldt dem personlig: »For at være i risiko skal man være ryger og en lille slank nips, ik'?« sagde en kvinde, mens hun grinende pegede på sine kraftige lår og balder.

Men hos nogle medførte information om risiko en »bekymringsgørelse«, som er et ord, som jeg finder mere betegnende end sygeliggørelse, når mennesker bliver præsenteret for billeder af, hvor galt det kan gå.

Kvinden i eksemplet ovenfor var ikke utypisk for de kvinder, jeg interviewede, og for den forvirring, der opstod, når lægen introducerede en »risikodagsorden« og begyndte at tale om risiko, uden at kvinden havde tænkt i de baner. På den ene side følte de sig trygge og meget tilfredse ved lægens opmærksomhed, mens de på den anden side blev usikre.

Bekymringsgørelse som drivkraft for forandring

Samtidig kunne jeg se, at det kun var de kvinder, der opfattede, at risikoen havde noget med dem selv at gøre, der overvejede eller gennemførte livsstilsændringer eller begyndte at tage medicin. Altså: bekymringsgørelsen har sin funktion, når man ønsker at få mennesker til at ændre adfærd - hvilket jo er grundlaget for meget af den forebyggelse, der sker i dag - man må »rystes lidt« for at forstå budskabet, så det bliver omsat i handling.

De kvinder, der ikke blev bekymrede overhovedet, var heller ikke indstillet på at foretage sig noget i relation til knogleskørhed. Det vil sige, at informationen sandsynligvis kun havde effekt, hvis det berørte dem personligt; at de forstod, at det var dem selv, der kunne blive syge, og ikke naboen. Dette svarer til andre fund omkring motivation.

Bandura (4) fremhæver, at en konkret helbredstrussel er en væsentlig motivator, hvis der ønskes adfærdsændringer. Det bekræftes også af *Nielsen* og medforfattere (5), der har undersøgt menneskers bevæggrunde for at ændre adfærd, når de får påvist en forøget risiko for hjerte-kar-sygdomme. De finder også, at personlige erfaringer og fortolkninger kan reducere følelsen af en trussel, hvorved motivationen til at foretage livsstilsændringer også reduceres. Det betyder, at det er nødvendigt at informere, så de enkelte forstår, at informationen har betydning for lige netop dem, hvis man ønsker, at den pågældende skal lave forandringer. Det er altså ikke nok at informere så neutralt, at den enkelte undgår at blive bekymret.

Knogleskørhed - en usynlig risikofaktor

Knogleskørhed/osteoporose er defineret af WHO som en tilstand med lav knogletæthed med øget risiko for knoglebrud og er således ikke en sygdom i sig selv, men en »usynlig« risikofaktor (6), der kan afsløres ved at måle knoglemineralindholdet i knoglerne *(bone mineral density,* BMD) ved en knoglescanning. Knogleskørhed er, ligesom andre usynlige risikofaktorer, som udgangspunkt ikke kendt af patienten eller omgivelserne. Usynlige risikofaktorer opdages først ved hjælp af en undersøgelse i sundhedsvæsenet - fx en celleprøve, blodtryksmåling, blodprøve, røntgen, gentest osv. Personen har ikke sanset risikoen med kroppen, og det kommer ofte som en overraskelse for den pågældende, og måske også for lægen, at en prøve ikke er normal.

Fra et reaktivt til et proaktivt sundhedsvæsen

Der er et ønske fra såvel medicinske specialister som fra politikere, patientforeninger og lægemiddelindustri om at informere kvinder om deres øgede risiko for knogleskørhed efter overgangsalderen. Baggrunden er, at kvinder, der bliver oplyst om deres risiko, får muligheden - og ansvaret - for at reducere risikoen, fx ved hjælp af »knoglesund livsstil« eller ved at tage forebyggende medicin som hormoner eller andre former for medicin (bisfosfonater, strontium eller parathyroideahormon).
Knogleskørhed er udpeget af Sundhedsstyrelsen som en folkesygdom og en kronisk lidelse, der kan og bør forebygges (7) ved hjælp af livsstilsændringer og eventuelt medicin.

Den foreslåede indsats over for kroniske sygdomme indbefatter, at behandlere opfordres til at skifte fra at være reaktive til proaktive. Der lægges vægt på, at sundhedsvæsenets aktører handler mere aktivt og opsøger mennesker, som ikke selv har henvendt sig, i stedet for blot at vente på at »skaden er sket«. Baggrunden er et ønske om tidligere intervention over for sygdommen for at forbedre prognosen og at medinddrage og gøre patienten ansvarlig i dette forløb.

På samme vis opfordres mennesker til at komme, før det er for sent - et tilbud som mange har taget til sig. Raske mennesker kommer nu i praksis, før de måske bliver syge, med et ønske om »100.000 km-tjek« og undersøgelser »for en sikkerheds skyld«.

Usikkerhed og bekymring - en bivirkning ved risikotænkningen

Risiko og usikkerhed har altid været en del af livet. Men i forhold til tidligere, hvor risiko blev opfattet som skæbnebestemt, eller hvor man havde tillid til, at teknologiske landevindinger kunne løse problemerne, har vi måttet erkende, at det moderne sundhedsvæsen ikke bare redder os fra risiko, men i sig selv introducerer nye risici. Hormoner, der både kan forebygge hoftebrud og samtidig kan medføre brystkræft, er ét eksempel, men andre forebyggende undersøgelser og behandlinger kan også medføre mere eller mindre alvorlige risici.

Især på kræftscreeningsområdet, fx for bryst-, prostata- og tarmkræft, er det velkendt, at ønsket om at finde sygdom på et tidligt sygdomsstadie kan medføre en række skadelige virkninger såsom overdiagnosticering, skadelige virkninger efter kirurgiske indgreb og negative psykosociale konsekvenser. Det handler ikke kun om fysisk eller psykisk skade hos den enkelte men også om sociale bivirkninger i form af stigmatisering, tab af værdighed og autonomi og økonomisk tab i forbindelse med at få en usikker diagnose.

Når vi taler om bivirkninger, tænker de fleste på fysiske bivirkninger som kvalme eller risiko for en blodprop pga. medicin. Der tales sjældent om de psykosociale bivirkninger - de tæller ligesom ikke. Det er fx ganske almindeligt at skrive, at en knoglescanning ikke har bivirkninger til trods for, at der findes belæg for, at det ikke blot skaber bekymring men også medfører en anden måde at opfatte sig selv og sin fremtid på.

At få diagnosen »i risiko« er ikke harmløst. Fx påviser *Reventlow* (8, 9), hvordan det at få påvist osteoporose ved en scanning påvirker identitetsdannelsen og handlemønstrene - og ikke altid i en hensigtsmæssig retning.

Det er bestemt ikke uden betydning, når en ældre kvinde pludselig bliver bange for at løfte sine børnebørn, fordi hun får at vide, at hun ikke må bære for meget, nu når hun har knogleskørhed.

De kulturelle bivirkninger ved at gøre os alle til fremtidige syge skal også inddrages: Når man ser på kvinder som skrøbelige, uden rygrad, svage, i deres hormoners vold og afhængige af støtte, har det betydning for, hvordan ældre kvinder generelt opfattes i samfundet.

Fig. 2. *Information om knogleskørhed har ofte karakter af tekster og billeder, der giver et negativt billede af fremtiden, pga. truende risiko for sygdom og forfald. Herved fortrænges eventuelle positive forventninger til alderdommen, og modtageren af budskabet bliver bekymret, når hun indser, at det skræmmende fremtidsbillede kan gælde hende selv.* Tegner: *Jens Hage.*

Det personlige ansvar og det frie valg

Kvinderne, jeg talte med, havde opfattet budskabet om, at det var deres forpligtigelse at tænke over risikoen for knoglebrud og at forholde sig til den viden, de havde fået, selv om det var svært, og selv om deres risiko for knoglebrud lå langt ude i fremtiden.

Nogle fulgte de anbefalinger, de fik, andre fravalgte tilbuddet, fx om hormonbehandling, som kvinden i mit indledende eksempel. At fravælge sundhedsvæsenets tilbud gav utryghed, og det var tydeligt, at et forslag fra lægens side vejede tungt. De samme forhold er beskrevet i en undersøgelse om kvinders valg af fosterdiagnostik, hvor kvinderne ofte sagde ja tak til undersøgelsen i tillid til systemet. Tilbuddet oplevedes som et signal om, at der kunne være en risiko, og at det derfor var fornuftigt at tage imod det (10).

Når mennesker på denne måde får muligheden for, eller illusionen af, at kunne påvirke deres egen skæbne og livsforløb, sættes de samtidig i et dilemma, når det viser sig, at selve behandlingen har uønskede bivirkninger.

Bekymring hos de kvinder, jeg talte med, medførte flere lægebesøg og forsøg på opsøgning af ny information for at afklare usikkerheden. Efterfølgende testresultater kan vise usikre eller let forhøjede værdier, som ikke med sikkerhed kan skelne mellem raskt og sygt. Det fører igen til behov for samtale og information for at dulme usikkerheden om, at noget skulle være i vejen, selv om der ikke er symptomer.

Er bekymring altid dårligt?

Bekymring behøver ikke nødvendigvis at være dårligt. At reagere over for en mulig fare er en iboende og livsnødvendig egenskab hos alle dyrearter. Hvis en person udsætter sig for en situation, hvor risikoen for en sygdom er betydelig, fx ved at rejse til malariaområder i Afrika, er oplysning og bekymring en forudsætning for, at personen sørger for at beskytte sig med malariamedicin

Men bekymring kan medføre en gnavende tvivl på kroppen og kroppens signaler og usikkerhed om, hvorvidt man vælger det rigtige. *Nabe-Nielsen* (11) har talt med kvinder, der har fået påvist et falsk-positiv resultat ved mammografi. Han finder, at selv om angsten og uroen forsvinder, når kvinderne får at vide, at de ikke har kræft, vil nogle af kvindernes livserfaring og syn på sundhed og sygdom ændre sig som følge af denne oplevelse. Deres erfaring har sået tvivl: De har fået mindre tillid til, at de fremover selv kan afgøre, hvornår de er raske, og hvornår de er syge.

Konklusion

Vi må som læger hele tiden forholde os kritisk og med en vis ydmyghed til, hvad vi laver - og være klar over, at alle vore gode intentioner om at hjælpe mennesker og forhindre fremtidige sygdomme kan have uheldige konsekvenser og i sidste ende komme til at virke modsat, fordi vores fokus på fejlfunktioner og skjulte risici introducerer negative billeder af fremtiden og medfører »bekymringsgørelse«.

Efterskrift

Det var min hensigt at illustrere denne artikel med en række af de lægemiddelreklamer, der i de sidste ti år har fokuseret på risikoen for knogleskørhed hos kvinder, herunder billeder af knækkede tændstikker, »skøre« kvinder og nøgne mannequindukker med krykker og armen i gips. Det er imidlertid kun Nycomed, der har givet os tilladelse til at bringe deres annonce.

Økonomiske interessekonflikter:
ingen angivet.

LITTERATUR

1. Hvas L. Medicin til raske - en syg ide? Medikalisering og risikotænkning i almen praksis belyst ved kvinders overgangsalder [disp]. København: Københavns Universitet; 2008.
2. Hvas L, Reventlow S, Jensen HL, Malterud K. Awareness of risk of osteoporosis may cause uncertainty and worry in menopausal women. Scand J Public Health 2005;33:203-7.
3. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002;288:321-33.
4. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W.H: Freeman & Company, 1997.
5. Nielsen KDB, Dyhr L, Lauritzen T, Malterud K. Long-term impact of elevated cardiovascular risk detected by screening. A qualitative interview study. Scand J Prim Health Care 2005;23:233-8.
6. Hvas AC, Tulinius AC, Reventlow S. Risiko for alle i år 2000? Månedsskr Prakt Lægegern 1999;13:1819-30.
7. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
8. Reventlow SD, Hvas L, Malterud K. Making the invisible body visible. Bone scans, osteoporosis and women's bodily experiences. Soc Sci Med 2006;62:2720-31.

9. Reventlow S, Bang H. Brittle bones: ageing or threat of disease Exploring women's cultural models of osteoporosis. Scand J Public Health 2006;34:320-6.

10. Lou S, Dahl K, Risør M, Hvidman L, Thomsen S, Jørgensen F et al. En kvalitativ undersøgelse af gravides valg af nakkefoldsskanning. Ugeskr Læger 2007;169:914.

11. Nabe-Nielsen M. »Det er ikke noget at være bange for!« Mammografiscreening set fra en medicinsk antropologisk synsvinkel [afh.]. København: Københavns Universitet, 2006.

Biografi

Forfatteren er speciallæge i almen medicin, dr.med., praktiserende læge i Præstø på 18 år. Hun er tilknyttet det almenmedicinske forskningsmiljø i København og er en af Månedsskriftets 4 redaktører.

Kommentar

Navn:

E-mail:

(Din e-mail vises ikke offentligt.)

Besked:

Skriv venligst bogstaverne og tallene præcist som vist på billedet.

Type the text

Privacy & Terms
ıttp://www.google.com/intl/en/policies/)

Send kommentar