

# Den moderne patient – myte eller kendsgerning?

Henrik Sångren og Lotte Hvas

*Med afsæt i en diskussion af, om den såkaldt moderne patient eksisterer, er denne artikel et indlæg i diskussionen om moderne epidemiologis betydning for sundhedsopfattelse og for risikotolkning, og artiklen er et bidrag til en diskussion af den moderne læges rolle. Skal han turde tage beslutninger for sin patient? Skal han sikre beslutninger i dialog? Skal han lade patienten vælge selv eller bibringe indsigt i håndtering af de mange formodede risici?*

## BIOGRAFI:

Henrik Sångren er speciallæge i almen medicin og ph.d.-studerende ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København, hvor han forsker i risikopfattelse hos almenmedicinske patienter med forhøjet blodtryk.



Lotte Hvas er praktiserende læge og har i en årrække været tilknyttet det almenmedicinske miljø i København, hun har netop forsvaret disputatsen »Medicin til raske – en syg ide?».



**HENRIK SÅNGRENS ADRESSE:**  
Forskningsenheden for Almen Praksis  
i København, Center for Sundhed & Samfund,  
Øster Farimagsgade 5, Blok 24, opgang R,  
1014 København K. E-mail: hs@pract.ku.dk

»Vi er blevet sundhedsnarkomaner og vil ikke længere finde os i skavanker«

*Tekst-TV, DR 1, 29. november 2007*

Citatet stammer fra en omtale af en rapport fra Sundhedsstyrelsen (1), som viser, at flere og flere danskere går til læge i løbet af et år. I selve rapporten står der ikke et ord om årsagen til det øgede lægeforbrug, så ordvalget og fortolkningen må stå helt for journalistens regning. Citatet viser imidlertid ganske godt, hvordan dagens patienter anses for krævende sundhedsnarkomaner, som ikke finder sig i noget som helst. Mellem linjerne ligger der et budskab om, at det øgede lægeforbrug – også for mindre skavanker – er blevet en del af velfærdssamfundet, hvor patienterne har ret til at få de ydelser, de beder om.

Alle toneangivende medier og beslutningstagere taler om »de moderne patienter«: De veluddannede, velbærgede, krævende og reflekterende patienter, der altid er orienterede om det sidste nye på sundhedsområdet, og som holder sig opdateret via internettet – borgeren, der er positiv over for sundhedsvæsenets tilbud, som opfører sig ansvarligt i forhold til egen sundhed. Den »moderne patient«, der er interesseret i at forebygge sygdomme hos sig selv og i familien, og som i sagens natur efterspørger og opbygger et utømmeligt behov for sundhedssystemet og dets viden om behandling af syg-

domme og forebyggelse af samme. Men hvorfor al denne snak om »de moderne patienter«? Er det ikke lige meget hvad vore patienter kaldes, og hvordan de gebærder sig?

### **Nutidens patient og den almenmedicinske hverdag**

Forfatterne til denne artikel ønsker at rejse spørgsmålet om, hvem »den moderne patient« i virkeligheden er. Er det en rimelig betegnelse for de mennesker, vi møder i vores praksis?

I vores daglige arbejde oplever vi konsultationer med mennesker, der dér har været på internettet og måske gerne, vil diskutere deres symptomer ud fra det de har læst. De er interesserede i egen situation, som man vel må forvente. Ofte beder de om råd, og undertiden har de bedt os om at træffe en beslutning for dem – fordi vi er læger. Ved viderehenvielse er det sjældent, at de beder om særlig behandling eller om at komme før alle andre, skønt et tiltagende antal af dem har fået private sundhedsforsikringer. De får prøvesvar via mail og påskønner, at praksis også er til at få fat på ad denne vej. Men krævende »moderne patienter« – nej. Vi kalder dem for nutidige patienter der agerer i et komplekst samfund.

Snigende opstår så tanken: findes den »moderne patient« overhovedet? Eller er vedkommende bare et nyttigt fantom, hvis funktion det er at berettigg sundhedssystemets fortsatte ekspansion – et fantasifoster levendegjort gennem italesættelsen af, hvordan læger og samfund ønsker den »moderne patient« skal være?

I denne artikel argumenterer vi for, at det har stor betydning for vores profession, hvordan vi overordnet taler om og

betragter vores patienter. Moderne eller ej, så påvirker vores indstilling til de mennesker, der opsøger os, både vores daglige arbejde og den måde, hvorpå vi som praktiserende læger blander os i den sundhedspolitiske debat.

### **Konstruktionen af den moderne patient**

De moderne vestlige sundhedssystemer er i forandring. Paradoksalt har vores økonomiske velstand og sikkerhed ikke bevirket, at vores gennemsnitslevealder er steget væsentligt, men har derimod bevirket, at det sundhedsmæssige trusselsbillede har ændret sig (2). Vi lever længere med følgerne af sygdom, og vi er blevet overvægtige og inaktive. Sundhedssystemet står over for et skift fra en akutpræget tilgang til sygdom til en organisation, der i sin handle måde og organisation er præget af forebyggelsestanker og proaktiv tilgang til fremtidig sygdom (2, 3). Centralt i disse initiativer står epidemiologisk forskning, sundhedsfremme/sundheds-pædagogik og brugen af moderne medier (4). Det er på denne scene og med de virkemidler, den moderne patient skabes.

### **Fra videnskab til politik**

Forebyggelsestanker baseret på epidemiologi er et mønstereksempel på, hvordan man skaber en måde at se på patienter på. Anskues virkeligheden gennem epidemiologiske briller, dannes der basis for en række generaliseringer om patienter og de risici, de udsættes eller udsætter sig selv for.

Verden og dens patienter reduceres til risikofaktorer som fedme, forhøjet blodtryk, rygning, for lidt motion, betænkelige arbejdsforhold, stress og alkohol.



Fig. 1. I vores daglige arbejde møder vi de nutidige patienter, der agerer i et komplekst samfund. De har været på internettet og de får prøvesvar via mail. De påskønner, at praksis også er til at få fat på ad denne vej. De er interesserede i egen situation, og vil gerne involveres, men undertiden beder de os om at træffe en beslutning for dem, fordi vi er læger. Foto: Scanpix.

Mens man måske ikke kan stille epidemiologien til ansvar for de indsamlede data, er fortolkningen af disse en proces, man kunne kræve indsigt i, og som burde føre til en transparent diskussion af de begrænsninger, der er for ethvert projekts videnskabelige gyldighed. Også de moralske og politiske synspunkter, som forskernes vurderinger er foretaget ud fra, burde

være offentligt tilgængelige, for ingen forsker er objektiv i ordets videnskabelige betydning. Samme åbenhed kunne omfatte bevæggrundene for de politiske beslutninger, der træffes ud fra forskningsresultater. Problemet er, at denne åbenhed ikke findes.

Vi får sjældent, vel egentlig aldrig, sat den empiriske medicinske viden ind i en

samfundsmæssig konsekvenskontekst. Vi får ikke diskuteret, hvad den betyder for vores syn på patienterne, og hvad den gør ved patienternes forventninger til os som læger og til sundhedssystemet som sådan. Ser vi på brugen af resultater fra epidemiologisk forskning, er der en oplagt risiko for, at vi kommer til at se patienten som en lang række enkeltdele, og at vi mister overblikket. Sundhed er andet end biologi, det individuelle menneske er anderledes end populationen, og vi må ikke glemme, at politik og kultur har betydning for vores syn på patienten (4). De folkesundhedsmæssige erkendelser om risikofaktorer styrer lægens blik og får lægen til at se patienterne som tykke eller tynde, rygende eller ikkerygende. Desværre er der en betydelig risiko for, at et sådant blik gør lægen ude af stand til at opdele patienterne i kategorier som glade, kompetente eller velklædte.

### Den medicinske forforståelse

Nu vil den erfarne praktiserende læge smile og sige: »det sker ikke for mig«, og at ovenstående er overdrevet. Men læger ser det, læger er opdragede til at se, og er som patienterne påvirket af det sideløbende nutidsbudskab om, at det moderne menneske skal kunne tage hånd om at afvikle sine helbredsmæssige risikofaktorer. Medicinen som profession skaber ved sine kategoriseringer en forforståelse hos både læger og patienter, hvilket lægger en særlig ramme om konsultationerne. Det synes at være en uundgåelig præmis, at vi skal diskutere risikofaktorer på et abstrakt niveau i hver eneste konsultation. Inden vi sammen med patienten kan komme ned på det individuelle/subjektive/eksistentielle plan, tvinges vi til at demontere

den særlige videnskabelige måde at italesætte virkeligheden på, som gennem sin epidemiologiske oprindelse konstruerer vores kontakt med det enkelte menneske. Den læge, der ubevidst eller ureflekteret arbejder ud fra en sådan forebyggelsesoptik, kan ende med at se sin patient som en overvægtig ryger, der har et problem og er ude af stand til at tage vare på sig selv. Andre muligheder for sundhed, trivsel eller livssyn erkendes ikke, og situationen fastlåses.

### Sundhedsfremme og sundhedspædagogik

Ovenstående problemstilling trækker spor ned i den enkelte konsultation. Nutidens bekymring for folkesundheden tager nemlig form af at gøre den enkelte person ansvarlig for sin sundhed (5). Sundhedsfremme handler derfor i store træk om at transformere forskningsmæssige erfaringer indhentet fra masserne til en art personlig erfaring for den enkelte. Lægen udfører en risikovurdering af patienten ud fra erkendelser hentet fra eksempelvis befolkningsundersøgelser, men den enkelte patient har typisk ingen personlig erfaring med den pågældende risikotilstand.

At dø af et akut myokardieinfarkt eller at føde et misdannet barn skal så at sige erfaringsgøres hos den enkelte, helst på en måde så vedkommende ændrer adfærd. Men vi taler om en virtuel virkelighed. De forskningserfaringer, der skal inkarneres i den enkelte, beror alle på fremtidsscenarier og risikokalkulationer, en slags simuleret realitet.

Det er derfor sundhedspædagogikken har trange kår (5). Ved vores manglende refleksion har vi ikke opdaget, hvad ide-





Fig. 2. KRAM handler i vore forebyggelsestider om kost, rygning, alkohol og motion. Men forebyggelse handler også om at være ressourcemobiliserende (10). Vi kunne derfor forestå et almenmedicinsk KRAM, der er karakteriseret ved *Kompetence, Ressourcer, Accept og Meningsfuldhed*. Det er et KRAM i et eksistentielt livsperspektiv. Foto: Scanpix.

historikeren *Lars-Henrik Schmidt* beskriver som lægekunstens transformation til en screeningsociologi: »Den simulerede realitet har vundet over den gamle virkelighed. Risikokalkulation er virtuel realitetsopmærksomhed. Den dukker op som et håb om at udsætte døden, til forskel fra det eksistentielle og hverdagsagtige forsøg på at fortsætte livet. Den moderne empirisk dominerede medicin orienterer sig efter sikkerhed og død. Imidlertid er det sådan, at det eksistentielle træk orienterer sig efter livsbekræftelse og tryghed, og det betyder, at det er *chancen* – ikke *risikoen*, der betyder noget for folk på et eksistentielt niveau« (5).

Praktiserende læger møder problemstillingen i kommunikationen om allehånde risici. Vores rationelle lægeviden-

skabelige baggrund tilsiger os, at hvis vi blot oplyser og belærer nok, så vil vore patienter til sidst vælge at gøre det, som er bedst for dem selv. Vi ved, hvad der er det rigtige, nemlig at udskyde døden længst muligt. Det kunne se ud som om vi fejler, fordi vi ikke kan se forskel på et videnskabeligt dødsperspektiv og et eksistentielt livsperspektiv (5).

### Medier

Medier bærer på en gang sundhedssystemets og lægevidenskabens succes historier frem, mens de samtidig nedgør og skaber tvivl om sundhedseksperterens evne til at bekæmpe de utallige helbredstrusler, vi tilsyneladende står over for. I medierne skabes der gennem en redigeret virkelighed billeder af sundhed, som i den virke-

lige verden af det enkelte individ hurtigt formuleres til krav om livskvalitet og problemfrit helbred.

Det er her, vi tydeligst ser omridset af de moderne patienter, der ofte gennem vinklede offerhistorier viser, at de »ikke finder sig i noget«. Og som straks følges op af moderne politikere, der viser handlekraft ved at placere ansvar, tildele rettigheder til enkelte patientgrupper og prioritere områder, der giver pressedækning. Her anes den eskalerende sundhedsmæssige terrorbalance, hvor patienter af lægevidenskaben loves »evig ungdom« og et sygdomsfrit liv, hvis de efterspørger dens produkter (medicinsk teknologi i bred forstand) og accepterer adfærdsnormer, der nedsætter risiko. Det stemmer overens med den moderne patients sundhedsopfattelse, hvor det æstetiske (det skønne) og det moralske (at gøre det gode) ses som en afgørende faktor i sundhed. Man skal *både* være smuk og ikke ryge for at være sund. Patienterne agerer som forventeligt. Ska-ber et marked, som kræver nye produkter, som efterfølgende markedsføres som endnu bedre end det tidligere. Heller ikke du vil vel sættes af i svinget eller behandles dårligere end din næste?

Den »moderne patient« konstrueres via den særlige sundhedsdiskurs, der gennem medierne i bredeste forstand bæres frem af videnskabsmænd, økonomiske interesser, politikere og andre beslutningstagere. Det sundhedsbillede og ideal, der fremmanes, bliver til et ubevidst styringsredskab, der er rettet mod den enkeltes sundhed for derigennem at forandre hele befolkningens adfærd (6).

Samtidig skubbes andre patienttyper til side: »De umoderne«, der ikke er ressourcestærke, krævende og selvbevidste.

Dem, der ikke har styr på deres livsstil, og alle de mange patienter, der blot er kommet til læge for at få en behandling og et godt råd.

### **Sikkerhedssamfundet og styringsteknologi**

Hele diskursen omkring den moderne patient afspejles i nutidens betoning af styringsteknologier som it, kliniske retningslinjer, økonomiske investeringer i sundhedscentre og hele administrative afdelinger med fokus på kvalitet, risiko og utilsigtede hændelser. Vi er vidner til en udbygning af et sikkerhedssamfund, der naturligt holder sig selv i gang med den evige udpegning af ofre, ansvarlige skyldige og nye indsatsområder. Vi kan ikke blive sikre nok.

Kulturbærende medicinske eksperter bringer til stadighed nye helbredsrisici til torvs, oftest med en medfølgende detekti-onsteknologi eller et medikament, der lover sygdomsfrihed gennem eliminering af den præsenterede nye risiko. Sociologen *Lian* (7) understreger: »Vi efterspørger ny medicinsk teknologi, fordi vi ønsker den – ikke fordi vi bliver presset eller tvunget til det. Drivkræfterne ligger i os selv og vore behov for ikke bare at have et godt helbred, men også for at passe ind, føle velvære og tryghed og realisere os selv. Moderne mennesker synes at tro, at der er en medicinsk løsning på de fleste problemer, og vi sænker til stadighed tærsklen for at påkalde os professionel medicinsk ekspertise«. Det er i denne ressourcekrævende diskurs, at nutidens patient omskabes til den moderne, krævende patient. Efterfølgende må sundhedssystemet kreere et modsvar til »den moderne patient«, et svar der oftest kom-

mer til udtryk i form af bedre service og flere tilbud om en minimering af de risici, der tilsyneladende truer patienten. Og, naturligvis, klagemuligheder hvis det ikke går som ønsket. Pointen er, at lægen og videnskaben selv skaber, vedligeholder og ekspanderer som følge af dette diskursive klima. Konsekvensen er, at vi får den »moderne patient«, vi selv skaber og der- ved har bedt om at få: en stolt bærer af vore egne og videnskabens skyggesider, krævende, egensindig og grådig.

### Giv et KRAM

Den danske KRAM-model (8) er et eksempel på et moderne forebyggende slogan, der for alvor lægger op til at se patienter som ansvarlige og i stand til selv at tage hånd om egen sundhed. Ordet kram, der betyder en kærlig omfavelse, skal minde lægen om vigtigheden af at tale om kost, rygning, alkohol og motion med sin patient. Helst ved hver konsultation. Ordspillet er ikke en tilfældighed. Det skal signalere omsorg og kærlig bekymring.

Men med dets snævre fokus på risikofaktorer røber en sådan KRAM-diskurs sin gæld til det tidligere skitserede videnskabelige dødsperspektiv og udstiller dermed sin begrænsning for vores og patienternes handlemuligheder. Det individ, der ikke kan magte at leve efter denne diskurs, ekskluderes. Alene at gøre individet ansvarligt for eget helbred fjerner vores blik fra miljø og samfundsmæssige årsager til dårligt helbred og åbner op for skam og skyld. Den fjerner vores bekymring og interesse for de af vores medborgere, der ikke klarer at leve op til det moderne krav om selvforvaltning. Det bliver deres egen skyld.

*Kristensen* (9) beskriver i en nyligt publiceret artikel, hvor sundhedspædagogikken inden for diabetesbehandlingen og blandt diabetikere analyseres, de tydelige kristne undertoner i diabetesbehandlingen: »Det er ikke kun det, at kost, motion og insulin bliver kaldt treenigheden, eller at HbA<sub>1c</sub>-prøven populært hedder sladretesten. Bøger skrevet af diabetikere bliver kaldt bekendelsesskrifter, og overholder diabetikeren ikke spillereglerne, synder han eller hun, hvorfor straffen da også falder i form af senkomplikationer, hvis patienten da ikke inden frelses af en bedre kontrol ved at adlyde forskrifterne fra behandlingsevangeliet. Retorikken er således mættet med kristne ideer om synd og frelse.« (9). *Kristensen* argumenter for, at dette kun kan finde sted, fordi vi accepterer, at sygdomme, som før var noget, man *havde*, er blevet til noget, man *er*. Sygdomme og risikotilstande er gået fra at være somatisk definerede til at blive både en somatisk og en mental væren (9).

Som kronisk syg diabetiker, hyperteniker eller KOL-iker, kan du ikke længere undslippe lægevidenskabens totalbehandling, for din sygdom er blevet til den identitet, du må tillægge dig, hvis du vil ses som et ansvarligt, ikkesyndigt individ. Og det er tilmed svært at være kronisk syg og ikke synde, fordi der konstant kommer ny viden om, hvordan man skal opføre sig som ansvarlig kronisk syg. Overhører du rådene, distance- rer du dig fra din nye pålagte identitet og dermed fra dig selv.

Du bliver en synder, og hvor syndsforladelsen skal komme fra er et åbent spørgsmål. Hvis den mulighed overhovedet eksisterer. Hvor man før i tiden kunne se bort fra sygdom og helbredsrisici, fordi

kroppens domæne var lægens, har den moderne definition af kronikere sikret sundhedsvidenskaben råderet over det hele menneske. At kunne leve syndigt er kun muligt, hvis man evner at fortrænge sin kronikeridentitet og kan acceptere at leve »uden for sig selv« (9). Det er ikke syndsforladelse, men derimod et aktivt valg om at forlade sin skyld og vandre videre alene – et ensomt valg, som kun få patienter kan tage.

### KRAM og teknologi

Med den implicite brug af teknologi til visualisering af usynlige risikofaktorer (forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk og osteoporose), der er hele forudsætningen for KRAM-modellen, vil man desuden favorisere en biologisk og dermed deterministisk måde at anskue et helbred på. Den tendens vil forværres, efterhånden som genetikken overtager en stadig større andel af markedet for forebyggelse. Mens biologiske årsagsforklaringer kan virke moralsk frigørende, som eksempelvis ved en biologisk forklaring på sindssygdom, kan anvendelse af genetiske undersøgelser/screening omvendt virke stigmatiserende. Ved metodens mulige forudsigelse af fremtidig sygdom (i de fleste tilfælde kan vi ikke med sikkerhed afgøre, om det berørte individ faktisk vil få lidelsen) kan den have alvorlige både etiske og praktiske implikationer og konsekvenser for det enkelte individ. Bare alene de forsikringsmæssige og ansættelsesmæssige konsekvenser ved anvendelse af denne teknologi er nemme at forestille sig.

Tænk for et øjeblik lidt videre: Kan man sige nej til deltagelse? Næh, for hvis du gør det, så har du nok noget at skjule. Det må du selvfølgelig gerne, for i det

Kost	<b>K</b>	Kompetence
Rygning	<b>R</b>	Ressourcer
Alkohol	<b>A</b>	Anerkendelse
Motion	<b>M</b>	Meningsfuldhed

Fig. 3. Det ressourcemobiliserende KRAM.

moderne individualistiske samfund sætter man pris på vores forskellighed. Prisen bliver i dette tilfælde en højere forsikringspræmie, eller måske delvis brugerbetaling i det offentlige regi, ved behandling af lidelser, du kunne have forudset for dig selv, hvis du havde accepteret det tungeskrab hos egen læge ...

### Et KRAM kan være meget mere

Almen praksis kunne forestå et ressourcemobiliserende KRAM (Fig. 1) i stedet for et ressourcekrævende KRAM. Almenmedicinsk forskning, der taler for en sådan tankegang, eksisterer allerede (10). Et almenmedicinsk KRAM er karakteriseret ved lægens forståelse og accept af patientens kompetence til at styre eget liv. R står for lægens tro på patientens selvvalgte helbredsressourcer. A er en accept og anerkendelse af patientens synspunkter og M skal huske os på at arbejde for meningsfuldhed for patienten. Det er et KRAM i et eksistentielt livsperspektiv. En sådan diskurs er frihedsgivende, og i en eksistentiel ramme kan forebyggelse blive livskraftig og berigende, ikke dømmende og pseudoomsorgsfuld. En omfavelse skal ikke være begrænsende og fastholdende, men trygheds- og tillidsgivende, så man ved, at man er velkommen igen, og føler sig beriget, inden man går ud i livet for at leve det. Også når det skal leves på trods. Et ressourcemobiliserende KRAM kan anviser andre veje til sundhed og tjene som et



alternativ til en folkesundhedsdiskurs, der efterlader både læge og patient på en ressourcegold Herrens MARK.

### Konklusion

Forfatterne til denne artikel møder gennem vores arbejde i almen praksis »den moderne patient«, og er enige om, at han/hun eksisterer på godt og ondt. Godt, fordi der er mange positive sider ved en patient, der er velinformeret og selv tager ansvar. Det udgør et godt grundlag for en fælles beslutning mellem patient og læge. Men vi mener også, at det er en problematisk konstruktion, specielt fordi den udelukker den del af patientskaren, der *ikke* er i stand til at indtage scenen som den velinformede og reflektive patient. Ideen om »den moderne patient« underkender, at mange patienter stadig har behov for en synlig og nærværende læge, der tør at træffe en beslutning på deres vegne. Hvis vi, som man synes at ønske det, begynder at anse alle patienter for at være »moderne«, risikerer vi at skrive det fælles samfundsansvar for sundhed ud af historien om det gode helbred. Der er fortsat mange mennesker der ikke er »moderne«, og som føler det som en stor belastning at få overdraget ansvaret for deres egen skæbne uden egentlig at have magt til at kunne ændre den. Her er der grund til at anerkende det eksistentielle perspektiv.

Samtidig må vi ikke glemme, at betegnelsen »moderne patienter« lægger op til en kraftig social ulighed, hvis der tages udgangspunkt i de ressourcerstærke og velfungerede menneskers ønsker og behov, mens personer, der ikke er »online«, i endnu højere grad bliver marginaliseret.

Sundhedsvæsenets aktører kan derfor

ikke blot fralægge sig ansvar for stillingtagen til fx en ny procedure under henvisning til, at den moderne patient ønsker den. Ved at agere således pådrager sundhedssystemet sig et stort socialt ansvar. Dels fordi sundhedssystemet er den instans, der bør foretage en kvalificeret sundhedsfaglig og samfundsmæssig vurdering af en sådan procedure, dels fordi sundhedsvæsenet derved selv hjælper med til at skabe »den moderne patient«.

Det er derfor tvingende nødvendigt, at vi som læger forholder os til og forsøger at forstå »den moderne patient«. Både hvis vi ønsker at blande os i den aktuelle sundhedsdebat om, hvor sundhedsvæsenet er på vej hen, og ikke mindst, hvis vi ønsker at forstå de mennesker, vi møder i vores arbejde i almen praksis – som raske, syge eller blot med en forhøjet risikofaktor.

»Den moderne patient« beskrives af mange som en udfordring, hvilket i sig selv næppe er rigtigt.

I det daglige møde med patienter i almen praksis udgør velinformede og ressourcerstærke mennesker en stor del af »patient«-skaren – ikke mindst i kraft af, at en større og større del af de patienter, vi møder, endnu ikke er syge og derfor rettelig ikke burde kaldes patienter.

En velinformeret patient har ofte selv styr på, hvad der skal ske, og har selv skaffet den fornødne information om mulige eller problematiske valg, og i kraft af at lægen og patienten ofte er på lige fod i sprog og viden, kan mødet og diskussionen ofte være givende for lægen – som til gengæld risikerer at bruge for meget tid på at gå ind i problemstillinger hos den mindst syge del af befolkningen. Igen er risikoen for yderligere social ulighed til stede. Det besværlige består ofte i,

at moderne patienter har fået en urealistisk forventning til, hvad deres muligheder er, mens de samtidig har fået ansvaret for at holde sig sygdomsfrie (og lykkelige!). Så er det bare op til lægen at sørge for at fjerne ubehag, stress og depressioner og med CT-skanninger sikre sig, at selv den mindste dippedut ikke er noget, der kan udvikle sig til sygdom en dag. Og så er cirkelen sluttet. Vi er tilbage hos de krævende sundhedsnarkomaner. Er det virkelig det, vi ønsker – eller skal vi forsøge at finde nye ord for at italesætte en anden udvikling?

*Økonomiske interessekonflikter:*  
ingen angivet

#### LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen: Forbrug af sundhedsydelser 2006. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. [www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/18\\_07.pdf](http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/18_07.pdf)
2. WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: WHO, 2002.
3. Vested P, Olesen F. Kronikermodellen og risikostratificering. *Månedsskr Prakt Lægeger* 2006;84:357–68.
4. Fugelli P. The zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Pat Educ Counsel* 2006;60:267–71.
5. Schmidt L-H. Sundhedspædagogikken og jagten på et livsindhold. *Månedsskr Prakt Lægeger* 2001;79:1127–36.
6. Dahlager L. I samtalens rum. En magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale [ph.d.-afhandling]. København: Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2005.
7. Lian OS. Den moderne Eos-myten. *Sociologisk tidsskrift* 2006;14:63–87.
8. [www.kram-undersoegelsen.dk](http://www.kram-undersoegelsen.dk).
9. Kristensen R. At være eller ikke at være diabetiker? En antropologisk undersøgelse af sundhedspædagogikken inden for diabetesbehandlingen og blandt diabetikere. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* 2008;9:53–70.
10. Sångren H, Nielsen ABS. Ressourcetænkning og salutogenese i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægeger* 2008;86:809–18.