

# Syg, rask eller risikant?

Lotte Hvas

## Om rådgivning af raske i almen praksis

*»Medicin til raske – en syg ide?«* Forfatteren beskæftiger sig med de dilemmaer, der opstår, når praktiserende læger skal rådgive raske mennesker. Raske forstået på den måde, at de ikke selv opfatter sig som syge, selv om den medicinske tilgang muligvis definerer deres tilstand som sygelig, og selv om medicinsk teknologi muligvis kan afsløre en forøget risiko for fremtidig sygdom. »Medicin« skal ikke kun forstås som farmakologisk behandling. Det drejer sig om en overførelse af hele den medicinske tankegang med undersøgelser, diagnosticering og behandling, som er udviklet i arbejdet med syge, til også at gælde raske mennesker, i søgen efter forskellige risikofaktorer. Denne artikel er den sidste af 4 artikler, der tager udgangspunkt i forfatterens disputats: *Medicin til raske – en syg ide? Medikalisering og risikotænkning i almen praksis belyst ved kvinders overgangsalder (1)*. Afhandlingen kan rekvireres hos *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, tlf. 35 26 67 85 eller [mpl@mpl.dk](mailto:mpl@mpl.dk). Pris 150 kr.



### BIOGRAFI:

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

### FORFATTERS ADRESSE:

Kirsebærvej 23, 4720 Præstø.

E-mail: [Lotte.hvas@dadlnet.dk](mailto:Lotte.hvas@dadlnet.dk)

Homer beskriver i *Odysseen* den farefulde færd i det smalle stræde mellem *Scylla* og *Karybdis*. Næsten lige meget hvordan *Odysseus* navigerer, kan det gå galt, og uanset hvilken vej han vælger, kræver det ofre. Sammenligningen med de dilemmaer, der opstår, når læger medicinere raske mennesker for at reducere en kendt risikofaktor, er ikke helt ved siden af: Vælger vi at gøre en lang række raske mennesker til patienter, kræver det ofre i form af medikalisering og sygeliggørelse, mens hvis vi undlader at handle, resulterer det i, at vi måske går glip af en chance for at forebygge uønsket sygdom og lidelse.

Forebyggelse er blevet et mantra, noget vi kan og skal og må have mere af. Mange af de sygdomme, vi ønsker at forebygge, er svære at behandle effektivt, når de først er der – og derfor er forebyggelse formentlig eneste udvej. Medicin til raske kan i mange tilfælde forbedre den enkeltes livskvalitet og være med til at forebygge eller udsætte senere sygdom og død, og det er ikke min hensigt med denne artikel at bringe den foreliggende evidens i tvivl.

Min hensigt er til gengæld – på trods af, at en stigende mængde data sandsynliggør, at en medicinsk intervention kan være hensigtsmæssig – at turde stille spørgsmålstegn ved det selvfølgelige:

Kan vi som praktiserende læger – i mødet med mennesker der (endnu) ikke fejler noget – risikere at gøre noget, der ikke gavner den enkelte? Kan vi, trods vore gode intentioner, komme til at på-

virke menneskers liv på uheldig en måde, som ikke var tilsigtet?

### Dilemmaerne

Det øgede fokus på forebyggelse har betydet, at større og større områder af menneskers hverdag er blevet underlagt en medicinsk forståelsesramme, eftersom næsten alle dele af livet har betydning for udvikling af sundhed og sygdom. Håndteringen af dette område er formentlig en af de største udfordringer, vi står over for i dag i almen praksis. Forandringerne i almen praksis er sket gradvis, og rådgivning af raske mennesker er i dag integreret som en naturlig del af de praktiserende lægers arbejde.

Dette rejser en række dilemmaer. Hvis det er vores pligt at informere om mulige sygdomme og risici, fordi det giver muligheden for at påvirke forløbet »i tide«, kan vi så også samtidig arbejde med at bevare og fremme ressourcer, der kan styrke sundheden? Hvor sundhed vel at mærke ikke blot skal opfattes som fravær af sygdom eller som en sund livsstil – men som en evne eller mulighed for at have kontrol over sit liv, at kunne mestre modgang og kriser som en uundgåelig del af livet selv og at have positive forventninger til at kunne klare »hvad der måtte komme«? Selv om det er muligt at forebygge sygdom gennem oplysning om risiko for sygdom, kan det nemlig give bagslag, når fremtiden italesættes som noget negativt og risikabelt. Måske var det bedre at omtale fremtiden på en positiv periode, med mulighed for udvikling eller accept af livsvilkår, som naturligt følger med at blive ældre?

Har praktiserende læger overhovedet mandat til at bringe risiko på banen, også

når patienten henvender sig med noget andet, vel vidende at fokus på sygdom og risiko kan skabe usikkerhed, angst og negative forventninger?

### Rask eller bare ikke tilstrækkeligt undersøgt?

Men hvem er »de raske«, når det kommer til stykket, og hvad er det at være rask? Hvor meget sandhed er der i den medicinske humoristiske talemåde om, at »en rask person blot er en person, der ikke er tilstrækkeligt undersøgt«?

Der findes intet enkelt kriterium, der kan benyttes til at skelne syge fra raske. I Nudansk ordbog står det kort og godt: »rask = som ikke er syg« og »syg = som lider under unormale tilstande i kroppen eller sindet«.

Men såvel medikalisering som risikotænkning udfordrer synet på, hvem der er raske. Når almindelige dagligdags symptomer beskrives og behandles som sygdom, og når mennesker diagnosticeres med en risiko for fremtidig sygdom, skabes en tvivl om, hvorvidt personen nu virkelig er rask. I stedet for at tale om raske personer bruges derfor udtryk som: endnu ikke syg, tilsyneladende rask, uden symptomer, klinisk raske, præsymptomatiske etc.

De mennesker, der opsøger læge, kaldes traditionelt patienter (=lidende) med baggrund i, at det tidligere var almindeligt kun at henvende sig til lægen, når man var syg. Betegnelsen patient er også benyttet for de personer, der er tilknyttet den praktiserende læge, uanset om de fejler noget eller ej, og benyttes også i den mening i denne artikel.

Efterhånden som venteværelset hos de praktiserende læger fyldes op af raske mennesker, er betegnelsen dog ved at



*Hvornår skal praktiserende læger uopfordret informere raske mennesker om risiko og sygdom, og hvornår er det rimeligt at styrke menneskers ressourcer og positive forventninger til fremtiden? Foto: Thyra Hilden.*

være misvisende, og i Norge opstod i begyndelsen af 1990'erne betegnelsen »risikant«. En risikant er en person, som har en risikofaktor, men som ikke nødvendigvis har en lidelse. Betegnelsen ses også tidvis benyttet i Danmark.

Vi bevæger os således på et kontinuum, hvor selve afgrænsningen mellem syg og rask er arbitrær og glidende, og begreberne viser tilbage på sociale normer om, hvad vi anser for at være normalt eller unormalt. Normative vurderinger er bygget ind i selve sygdomsopfattelsen (og dermed opfattelsen af at være rask), og hvad der regnes for rask eller syg, varierer derfor mellem forskellige kulturer og ændres over tid. I vores samfund har lægerne og sundhedsvæsenet stor indflydelse, når det gælder at afgøre, om noget er normalt eller unormalt, raskt eller sygt – de har stor »definitionsagt«.

Grænserne er ikke naturgivne men emne for kontinuerlige forhandlinger. Vi ser i dag, at flere og flere defineres som patienter på baggrund af en forhøjet ri-

siko for en given sygdom, uden at de er lidende. Men det er ikke kun lægerne, der medvirker til at flytte grænserne, men også andre interessenter. Grænsen har en tendens til at blive trukket, så gruppen af unormale, syge og hjælpetrængende bliver større og større, mens gruppen af normale og raske bliver stadig mindre.

Begreberne rask og sund benyttes som modsætning til syg og kan også sammensættes for at forstærke hinanden, som i Nudansk ordbog, hvor der tales om at være sund og rask.

Der er dog væsentlige nuanceforskelle mellem de to begreber. Sundhedsrelaterede aktiviteter er tæt knyttet til talen om sygdom, hvilket kan belyses med et eksempel: Uden for et sygehus er anlagt en »hjerTESTI«, og i kantinen serveres »hjerterigtig kost«. Dette er aktiviteter, der sigter på at forebygge hjertesygdomme, og hvor hjertesygdommen rent symbolsk er til stede under såvel spadsereturen som måltidet. En rask person forholder sig til gengæld ikke nødvendigvis til talen om syg-

dom, men vil måske blot gå en rask tur, eller spise et godt måltid mad.

### Rådgivning af raske i almen praksis

Almen praksis i Danmark er karakteriseret ved, at alle mennesker har ret til gratis og uvisiteret at opsøge en selvvalgt praktiserende læge, dvs. at man selv kan afgøre hvornår, og for hvad, man ønsker at få et lægeligt råd. Traditionelt har praktiserende læger taget sig af det, den enkelte har henvendt sig med, og enten færdigbehandlet i praksis eller visiteret videre i sundhedsvæsenet.

Imidlertid er der i almen praksis i de seneste årtier sket en række ændringer, der betyder, at praktiserende læger ser flere raske i deres venteværelse. Det skyldes primært et større fokus på individuel forebyggelse, ofte med udgangspunkt i den risikotænkning, der har vundet indpas i hele samfundet. Det øgede fokus på risiko i medicinsk rådgivning skyldes blandt andet fremkomsten af store mængder epidemiologiske data om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdomme og et øget antal undersøgelses- og behandlingsmuligheder.

### Forebyggelse i almen praksis – »når du alligevel er her«

Forebyggelse drejer sig om at undgå eller udsætte en uønsket begivenhed. I sundhedsvæsenet handler det om at forebygge eller udsætte sygdomme, handicap eller for tidlig død, og forebyggelse defineres iht. Sundhedsstyrelsen som: »sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden« (2).

Det er ikke kun sundhedsvæsenet, der kan forebygge sygdomme: næsten alle områder af samfundet har mulighed for at indgå i forebyggelsen ved at påvirke faktorer som uddannelse og arbejde, sunde boliger, muligheden for at købe billig og lødigt kost og en byplanlægning, der tager hensyn til de bløde trafikanter.

Forebyggelse i almen praksis, ligesom i sundhedsvæsenet i øvrigt, retter sig imidlertid primært mod risikofaktorer hos det enkelte individ. Forebyggelsesindsatsen sker ved medicinsk intervention (medicinsk behandling, kirurgi, vaccination osv.) eller gennem forsøg på at påvirke en usund livsstil fx ved den motiverende samtale. Forebyggende aktiviteter kan foregå på initiativ af lægen. Det kan således handle om uopfordret at bringe spørgsmål om livsstil eller risiko op i konsultationen, når patienten »alligevel er der«, eller om at patienterne/borgerne indkaldes per brev til forebyggende undersøgelser eller helbredssamtaler.

Især den *uopfordrede* henvendelse til raske mennesker rejser spørgsmål af etisk karakter, og er ofte omdrejningspunktet for kritik af screenings- og forebyggelsesaktiviteter, idet sundhedsvæsenet har en *speciel* forpligtigelse til at undgå skadelige virkninger på mennesker, der ikke selv har henvendt sig med henblik på at få hjælp.

### Det senmoderne menneske i risikosamfundet

Medikalisering og risikotænkning går hånd i hånd: Medikaliseringen af det almindelige hverdagsliv danner grobund for den medicinske risikotænkning i forhold til livsstilen – hvorvidt mennesker spiser fed ost, drikker for meget rødvin, er stres-

sede på arbejdspladsen eller går tur med hunden efter arbejdstid er blevet et anliggende for sundhedsvæsenet, fordi det har indflydelse på helbredet i fremtiden.

Den tyske sociolog *Beck* siger, at vi lever i et risikosamfund (3), hvor vi alle – læg som lærd – er nødt til at forholde sig aktivt til en lang række risici, der er til stede i samfundet.

At forholde sig til risiko er blevet en væsentlig del af det at være et moderne menneske i et samfund, hvor gamle traditionelle strukturer og mellem menneskelige forhold opløses, og hvor sikkerhed erstattes af usikkerhed og manglende tillid til sociale og politiske institutioner (4–6).

Samtidig bliver det moderne menneske og dermed de moderne patienter (syge som raske), der kommer i almen praksis, karakteriseret ved både at være reflekterende og ansvarlige mennesker, som tager stilling til de risici, de bliver introduceret for af medierne eller af medicinske eksperter.

Som den engelske sociolog *Giddens* (6) påpeger, sker der en kolonisering af fremtiden ved at mennesker på baggrund af en lind strøm af viden om risiko er nødt til at tænke fremtiden ind i nutiden, fordi mennesker er bevist om, at handlinger i dag vil påvirke, hvordan fremtiden vil forme sig i morgen.

Der er sket en ændring i tænkemåde fra »det må gå så godt som det kan« til »det kan og skal der gøres noget ved«. Fra en passiv tillid til livet og en trøstende omgang med hinanden har livsnyttet ændret sig, så det nu drejer sig om handling, indgriben, forventning og ansvar (7).

Som led i en samtidig individualise-

ringsproces er det moderne menneske blevet frisat til at være projektleder i sit eget liv og har gennem risikotænkningen fået muligheden for at komme sygdom og død i forkøbet. Dermed er det blevet den enkeltes individuelle ansvar at agere – men også den enkeltes skyld, hvis de ikke gør noget. Som *Lupton* (8) siger, er der ingen at bebrejde uden for sig selv, og det kan opleves belastende og medføre eksistentiel usikkerhed.

For at håndtere det store ansvar og for at kunne navigere rundt mellem de mange risici, de bliver præsenteret for, opfattes sundhedsvæsenets aktører som nødvendige hjælpere, og der er en voksende tro på menneskers frihed og evne til at manipulere, styre og kontrollere sine medfødte anlæg (9).

På denne baggrund opfattes et tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser oftest som et relevant og godt tilbud og som en omsorg fra lægernes side. Ligeledes nyder tilbud om måling af biologiske risikomarkører generelt stor popularitet, når de tilbydes i forskellige sundhedskampagner rettet mod den raske befolkning, fx på apoteker, i patientforeninger eller i det lokale supermarked.

Sociologen *Lian* (9) understreger, at 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.

### Risici eller ressourcer

#### – hvad skal vi koncentrere os om?

Spørgsmålet er, om vi som praktiserende læge i mødet med den enkelte kan



Fig. 1. Rubins vase anskueliggør vores manglende evne til at fokusere på to ting på en og samme gang. En konstant fokuseren på risiko og beregninger af risikoreduktion kan komme til at fylde rummet, så tanken om ressourcer fortrænges.

rumme dialektikken mellem at støtte en person i at være sund og rask og samtidig være opmærksom på risici: På den ene side at tale om ressourcer og muligheder for at bevare et godt helbred og på den anden side at tale om fremtiden ud fra, at der eksisterer en masse farer.

Er det i sidste ende sådan, at den praktiserende læge i sit ønske om at undgå sygdom kommer til at modvirke sundhed ved at fokusere på negative tilstande frem for styrker og ressourcer? Eller som *Heath* (10) skriver: »Den eksplicitte brug af frygt eroderer og underminerer sundheden.«

Modsætningen mellem de to perspektiver, som den praktiserende læge skal have med i sin rådgivning, kan sammenlignes med »Rubins vase«, som anskueliggør vores – måske manglende – evne til at fokusere på to ting på en og samme gang

(Fig. 1): Hvis vi fokuserer på vassen, er det svært at se konturerne af ansigterne, og vice versa. Hvis lægen hele tiden fokuserer på ressourcer, kan oplagte muligheder for tidlig forebyggelse af sygdomme forspildes, men et konstant fokus på risici og beregninger af risikoreduktion og øget levetid kan komme til at fylde rummet, så tanken om ressourcer fortrænges.

### Lægens valg: styrke de positive sider eller øge bekymringen for fremtidig sygdom?

Tilbage står det grundlæggende dilemma: Hvornår skal praktiserende læger uopfordret informere raske mennesker om risiko og sygdom, og hvornår er det rimeligt kun at afdække og styrke menneskers ressourcer og positive forventninger til fremtiden?

Meget tyder på, at mange mennesker er tilfredse med udviklingen, hvor mere og mere handler om risiko og livsindsatsintervention. I sin afhandling om norske fiskerisamfund, beskriver *Anderssen* (11), at menneskene, på trods af at risikotankegangen giver en øget usikkerhed, er positive over for den medicinske tankegang og dens værdisyn og oplever udviklingen som et fremskridt. Det er forhold, som jeg også fandt flere eksempler på i min undersøgelse. Kvinderne omtalte deres læger som dygtige og omhyggelige, når de gav kvinderne en grundig undersøgelse, også for andet end det de lige kom med.

Men hvis alle er tilfredse med udviklingen, hvad er så problemet med medicalisering? Er det ikke blot udtryk for bagstræberisk tankegang at problematisere medicinens indflydelse, når denne kan tilbyde at lette menneskers lidelser og forhindre fremtidig sygdom?



### Ikke neutral eller ligegyldig information

Men det *har* stor betydning at blive kaldt syg og føle sig syg, uden at være det. Jeg har i forbindelse med mit eget projekt om kvinder i overgangsalderen kunnet vise, hvad det betyder for den måde, kvinderne ser sig selv på – som værende afhængige af hjælp udefra, i stedet for at have tillid til en mere eller mindre vel fungerende krop.

Det er ikke neutral eller ligegyldig information, når lægerne uopfordret fortæller, at et livsafsnit kan medføre en lang række psykiske og fysiske problemer, eller når de informerer om risici, der inducerer negative billeder af kvinder, som »går ned ad gaden og brækker benet«, mens andre og mere positive billeder af ældre kvinder samtidig forskubbes.

At få diagnosen »i risiko« er ikke harmeløst. Fx påviser *Reventlow* (12), hvordan det at få påvist osteoporose ved en scanning påvirker identitetsdannelsen og handlemønstrene – og ikke altid i en hensigtsmæssig retning.

*Gulbrandsen* (13) går så vidt som at kalde det en ydmygelse, når en henvendelse – til trods for at det ikke var sådan ment – påvirker individets oplevelse af at kunne mestre tilværelsen og dermed bliver en trussel mod selvbilledet.

### Behov for kritisk refleksion i forebyggende medicin

Det faktum, at risikotænkning og medikalisering har betydning for patienterne og kan medføre skadelige virkninger, betyder ikke, at dette for enhver pris skal undgås. Men det betyder, at vi skal tænke os godt om først. Det er ikke tilstrækkeligt at have en evidensbaseret viden om alt det gode,

en indsats kan medføre. Det er også nødvendigt at vurdere, om vi risikerer at skade mere, end vi gavner.

Således anbefaler *Gulbrandsen* (13), at man stiller sig følgende spørgsmål, før man handler:

- Vil nogen føle sig ydmyget eller undertrykt som følge af interventionen?
- Er interventionen så vigtig, at den er det værd, også efter at etiske sider er vurderet?
- Hvordan kan vi begrænse skadevirkningerne af interventionen?

Spørgsmål om sundhed, sygdom og forebyggelse fylder meget i moderne menneskers bevidsthed, også hos mennesker der (endnu) ikke fejler noget. Lægerne har i kraft af deres viden på området fået stor indflydelse, når dagsorden skal sættes, dels som eksperter i medier og som konsulenter over for Sundhedsstyrelsen og politikerne, og dels som indflydelsesrige fagpersoner og vejledere i relation til det enkelte individ.

Som praktiserende læger er vi blevet en brik i risikosamfundet og videreformidler kulturelle værdier og holdninger til patienterne. Vi kan således ikke fraskrive os ansvaret for den information og de implicite holdninger, som vi viderebringer. Selv om moderne mennesker i dag er refleksive og ansvarlige og gerne forholder sig til forskellige risici, som lægen introducerer, er det fortsat et åbent spørgsmål, hvorvidt de skal reflektere over netop de risici eller problemer, som lægen finder vigtigst.

Den magt og indflydelse, som læger har fået tillagt af samfundet og den enkelte, skal forvaltes med omhu. Det kræ-

ver, at vi som læger forholder os kritisk til vores eget arbejde og til de budskaber og holdninger, vi viderebringer.

Det indebærer også, at vi, som *Fugelli* (14) anbefaler, åbent vedkender os vores værdigrundlag over for dem, der skal tage vigtige valg vedrørende deres liv, helbred og fremtid.

Det handler også om, hvordan lægerne ser sig selv: Som »livsstilspoliti«, »floklørere« eller »forældre«, der skal sørge for at lede deres børn på den rette vej, som vejledere eller *coaches*, der skal stå til tjeneste med personlig rådgivning, eller som købmænd der leverer et frit valg på alle hylder? Også i dette tilfælde er en kritisk refleksion over eget arbejde en nødvendighed, så man ikke bilder sig ind, at det er neutral viden, man formidler.

Ingen læger ønsker at svække deres patienter, jf. *primum non nocere*: først og fremmest ikke skade. Men historien om hormonerne, der pludselig blev taget af hylden efter at have været promoveret i mere end tredive år, er tankevækkende: Medikaliseringen af overgangsalderen opstod, da lægerne (og industrien) fandt et middel at behandle med, og forvandt fra det øjeblik, da hormoner ikke længere var et tilbud til alle kvinder. Og yderligere fremkom og forsvandt det klimakterielle syndrom.

Spørgsmålet er: Hvorfor har læren om hormonerne stort set ikke haft indflydelse på måden, vi ser på andre områder, hvor raske mennesker tilbydes medicin? For at undgå lignende fejltagelser er vi nødt til at forholde os kritisk til det indvidrettede, forebyggende arbejde, vi udfører, ikke mindst i relation til raske men-

nesker, der ikke har henvendt sig til sundhedsvæsenet.

*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, Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicin, 2008.
2. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
3. Beck U. Risk society. London: SAGE, 1992.
4. Boholm Å. Situated risk: an introduction. *Ethnos* 2003;68:157–8.
5. Hansen M, Svendsen M. Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
6. Giddens A. Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under sen-moderniteten. København: Hans Reizels Forlag, 1996.
7. Jensen HL, Sångren H, Reventlow S. Almen praksis i risikosamfundet. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2007.
8. Lupton D. Risk. London: Routledge, 1999.
9. Lian OS. Den moderne Eos-myten. *Sociologisk tidsskrift* 2006;14:16–87.
10. Heath I. Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *PLoS Med* 2006;3:146.
11. Anderssen J. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfund. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1998.
12. 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.
13. Gulbrandsen P. Skjult medisinsk makt i samfunnet. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. Makt og medisin. Oslo: Unipub skriftserier, 2003:118–32.
14. Fugelli P, Stang G, Wilmar B. Har medisinen makt? I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. Makt og medisin. Oslo: unipub skriftserier, 2003.