

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Medisinens randsoner

4/09



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Medisinens randsoner

Michael 2009;6:373–4.

Går det an å danse vals etter tangomusikk?

Prøv selv. Det går dårlig.

Å svinge seg i wienervalsen når ballet åpnes eller å roe seg ned til Tennessee Waltz når lysene blunker til godnatt, går fortreffelig. Likeledes å se sin elskede dypt i øynene til en smektende tango. Men fordi vals og tango er danser med ulik innebygd rytme og logikk, er ikke musikken utbyttbar. Sammen blir det feil.

Medisin og andre helsefag har utviklet seg over lang tid med sin egen rytme og logikk, vedlikeholdt av fagtradisjoner og profesjonsinteresser. Samtidig har helseproblemene, samfunnets helsefremmende og helseskadelige faktorer og ikke minst folks holdninger og forventinger utviklet seg slik at de ikke lenger stemmer helt overens med den medisinske logikk. Redskap og oppgaver passer ikke sammen mer.

Mange nyere medisinske problemer, ofte de som har med levesett, samfunn og miljø å gjøre, er blitt slik at de befinner seg på siden av det medisinske og helsevesen er innrettet på å befatte seg med. Legen snubler i trinnene ved forsøk på å svinge opp med dem. Men det samme gjør sosialkontorets folk, ingeniørene i kommunens tekniske etat eller for den saks skyld politikerne. Verken problemforståelse, faglig ballast, fagspråk eller handlingsmuligheter får skikkelig inngrep. Viktige forhold er rykket ut i randsonene. Problemene hører liksom ikke hjemme hos noen. Men de *er* der likevel.

I denne utgaven av *Michael* ønsker vi å rette oppmerksomheten mot randsoneproblematikken, spesielt hva angår medisinen – medisinske randsoner. En gyllen foranledning til å gjøre dette akkurat nå, er at professor Gunnar Tellnes ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo fyller 60 år i 2009. Gjennom hele sin yrkeskarriere har Tellnes tatt for seg oppgaver i randsoner der logikk brytes, noe som ikke

alltid har vært like enkelt. Han er eksponent for et medisinsk helhetssyn der ulike verdigrunnlag ofte står mot hverandre, samtidig som han konkret og håndfast har bidratt til å knytte norsk offentlig helsearbeid nærmere til internasjonal samfunnsmedisin gjennom samarbeidet i European Association for Public Health (EUPHA). For artikkelforfatterne og redaktørene er denne *Michael*-utgaven således også en gratulasjon til Gunnar Tellnes.

Men den faglige hensikten er å stimulere diskusjonen om hvor medisinen grenser går i relasjon til de problemene den skal rette seg mot, og om hvordan oppgaver i randsonene kan sikres forsvarlig håndtering, hvordan fag og felt skal kunne finne sammen i en felles rytme.

Øivind Larsen

Magne Nylenna

Randsoner – utenfor eller utfordring?

Michael 2009;6:375–94.

Helseproblemer begynner seg ofte i randsonene mellom medisinske fag og fagene til andre yrkesgrupper som også arbeider med helse spørsmål. Hvis problemer og oppgaver ikke lenger passer overens med fag og strukturer, bør man gjøre noe med det.

Hvis noe er *kjernen* i en sak, i et fag, eller i hva som helst, er det også noe som *ikke* er det. Det fins dessuten mye som nok er sentralt, men ikke *helt* sentralt. Og så er det alle overganger utover til det åpenbart perifere og videre mot det som klart ligger utenfor en eller annen grense.

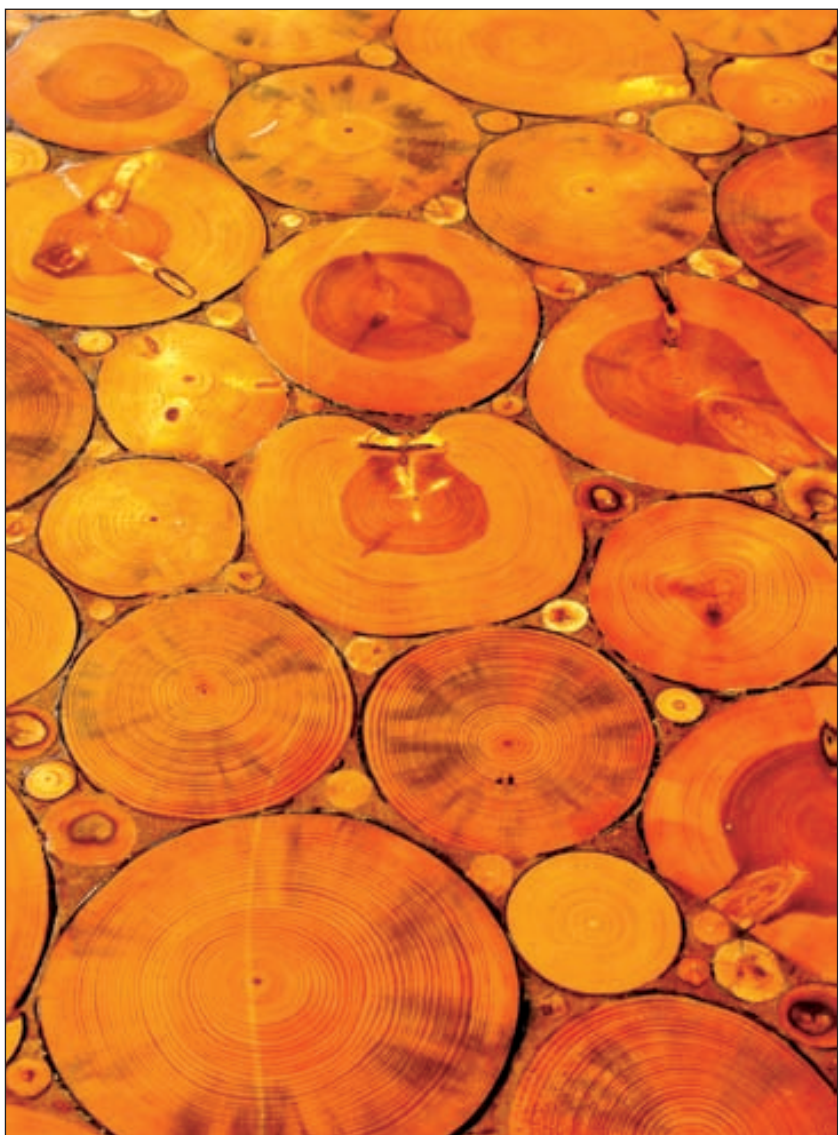
Egentlig består hele vår verden av et utall kjerner med lag omkring. Lagene går fra de håndfaste i kort avstand fra kjernen og utover til de diffuse og utydelige. I kantene glir de over i ytre lag som tilhører andre kjerner. Mitt poeng: Kanskje trenger vi av og til kjerner nettopp her?

Det kan være nyttig å befatte seg med slike amatørfilosofiske betraktninger. De kan blant annet åpne for nytenkning, simpelthen ved at man spør seg selv om det er helt sikkert at det er periferien som er periferien, og om det er sentrum som er sentrum, når oppgaver skal løses.

Figur 1 viser en bordplate, lagd av skiver av endaved, noen av tykke, noen av tynne stokker. Kaffekoppen kan settes midt på kjerneveden i en av de største skivene. Men kanskje sitter man slik ved bordet at koppen må stå der stokkene er tynne. Eller kan hende må den stå mellom skivene. La oss her prøve å se på trekk ved *helse og medisin* på denne måten.

Tiden og det viktige

Da jeg gikk på offiserskurset for medisinere i 1960, i den kalde krigens kaldeste dager, lærte vi mye som var medisinsk relevant, datiden tatt i betraktning. Det var f. eks. logistikk og rutiner for effektiv skadebehandling



Figur 1: Bordplate av endeved. Undredal i Sogn 2009. (Foto: Ø. Larsen)

– sentrale temaer for militærleger. Det kunne bli bruk for et klart hode, systematisk tenkning og det man hadde ervervet av kirurgiske kunnskaper.

Mer på siden var kanskje opplæringen i stell av hest, kløving etc.. Men det kunne selvsagt hende at man kunne få bruk for å tøyle en stedlig dølagamp ved en rask forflytning. En randsone i militærlegens virke.



Figur 2: Dr. F.D. Harboe opererer. Foto: OFW Mejlender 1897. (Foto tilhørende Trysil bygdetun, stilt til rådighet av Hedmarksmuseet.)

Imidlertid oppfattet jeg allerede da intensivkurset hos Ingeniørvåpnet på Hvalsmoen som klart utenfor det Hippokrates ville befattet seg med. Vi lærte å blåse opp bruer hvis det skulle bli nødvendig. Øvelsene i å sprengte løpegraver med detonerende lunte var underholdende der og da. Å kjenne til terrorens grunnprinsipper er nyttig, også for leger, men terror er ikke noe man skal drive med. Avgjort utenfor den ytterste faglige randsonen.

Men – og det er viktig – den gang hørte dette med i kursinnholdet fordi de ansvarlige overordnede mente at slik var sentrum og periferi innenfor den sirkelen som omfattet militærlegens oppgaver. De hadde vurdert situasjonen slik at lærestoffet hørte med.

Et kjent fotografi fra norsk medisinhistorie er tatt av doktor i Trysil Otto Fredrik Waldemar Mejlænder (1865–1944) i 1897. Det viser hans kollega, konstituert distriktslege samme sted Morten Dedekam Harboe (1852–1915) som opererer (figur 2). Operasjonsstuen er et rom, møblert med stoler og bord i tidens stil, i beste fall et kontor. Pasienten ligger på en slags bære. På en kjøkkenstol står et blomstret porselensvaskefat. Og foran dart-spillet på veggen står legen med sigarett, oppbrettede ermer, iført blodflekket forkle utenpå

vest, fin skjorte, skjortebryst og slips med nål¹. Den gang *måtte* allmennlegene beherske situasjoner som hundre år senere ville fordra henvisning til spesialist, poliklinikk eller sykehus. Å være i stand til å foreta kirurgiske inngrep under enkle forhold, lå ikke i noen medisinsk randsone. Det måtte man kunne.

Også opp til den senere tid har legestudenter f. eks. måttet lære å trekke tenner. Man kan aldri vite hva det kan bli behov for. Å ta imot ved fødsler er fortsatt aktuelt lærestoff i legestudiet, selv om jordmødre vanligvis ordner opp, både på fødeklinikken og ved eventuelle hjemmefødsler. Og skulle det bli behov for lege, er det gjerne spesialisten i fødselshjelp som trår til. Hva som er randsoner, er kontekstavhengig.

Med andre ord: *Det viktige* endrer seg med *tiden*.

Flere dimensjoner

Periferi og sentrum behøver ikke alltid referere til en *omkrets*. Verken fag eller yrkers arbeidsoppgaver er som flater som har en begrensning. Slik at det som er utenfor uten videre er utenfor, og det som hører med, hører med. Det er nemlig også noe tredimensjonalt over dette. Flaten kan være overflaten av en faglig dybde. Det vil dessuten være en faglig høyde over den, en oversikt å ta hensyn til.

Innen medisinen: Spesialisten i kirurgi må ha en faglig forankring i dybden for sine ferdigheter, kunne sitt bakgrunnsstoff. Blant annet for å reagere riktig hvis noe går galt, er det nødvendig både med basalkunnskaper og erfaring. Det er ikke nok å kunne svinge kniven. Men kirurgen må også ha teoretisk takhøyde over det hun eller han gjør, kunne vurdere alternativer og ha oversikt over konsekvenser på lang sikt. Men for de oppgavene av f. eks. trygdemedisinsk art som samme kirurg av og til får med å gjøre, synes de fleste det er greit at det handles på et mindre vel underbygd nivå. Trygdemedisin er tross alt en randsone for en kirurg.

Da doktor Harboe grep operasjonskniven fatt i Trysil i 1897 under forhold som ser temmelig usterile ut, og uten at vi kan se noe bedøvelsesutstyr, var både aseptikk og anestesi allerede vel etablerte som fagfelt. Men sannsynligvis var tid og sted slik at en operasjon utført på primitiv måte av en konstituert distriktslege med kirurgi som bare en av sine oppgaver, var det som etter omstendighetene ble bedømt som best. Operasjonen skjedde i en faglig ramme, ikke i distriktslegeembetets eller kirurgyrkets faglige sentrum, men et sted imellom. Teoretisk bakgrunn og teknisk ferdighet var *etter forholdene* ansett som tilstrekkelige. Risikoen var kalkulert.

1 Bildet er blant annet gjengitt i Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986, side 16.

Vi tenker vanligvis ikke på at også f. eks. et legestudium er en slags tredimensjonal størrelse. Den har et sentrum, definert ved den legerollen studiet skal føre fram til. Så er det en periferi som strekker seg ut i et horisontalt plan. Studiet har en utstrekning ved at det består av mange fag, noen mer sentrale enn andre. Men det er også et vertikalt aspekt som går på fordypelse, krav til ferdighet og krav til oversikt. I noen fag kreves større teoretisk bakgrunn og større ferdighet enn i andre. Slik er det blitt.

La oss se på *horisontalplanet* først: Hvordan er det f. eks. blitt bestemt at det for tiden skal være ca. 28 forskjellige fag i et norsk medisinsk studium? Og ikke f. eks. 34 eller 19? Hvorfor har indremedisin, kirurgi og allmennmedisin fått en selvfølgelig status som hovedfag og ikke f. eks. samfunnsmedisin og psykiatri, samfunnets helseproblemer tatt i betraktning? Hvorfor undervises det om dataprogrammer for allmennpraksis, men ikke om kommunal administrasjon, på tross av at det er nettopp ute i kommunene turnusplasser og kommunelegestillinger venter når studiet er over?

Hvorfor er det ikke kurs i samfunnsgeografi, enn si i demografi, slik at legene for det norske samfunnet får samfunnsstrukturen inn under huden, basalkunnskaper om det samfunnet de skal arbeide i? Menneskekroppens anatomi og fysiologi er uimotsagte som basalfag for en lege. Men hva med samfunnets anatomi og fysiologi, konteksten hvor arbeidet skal foregå?

Den *vertikale* dimensjonen gir også grunn for refleksjon: Hvordan er det blitt bestemt, og av hvem, når fordypningen i et medisinsk fag skal *stoppe*, når nok er nok?

Ved andre universitetsstudier fordres fordypning i et begrenset antall fag. I de gamle hovedfagsoppgaver stanget man endog mot forskningsfronten. Men legestudenten flagrer lett av sted på overflaten av studieplanens 28 fag. Hvor dypt skal studenten f. eks. trenge inn i biokjemiens mysterier?

Slike spørsmål murrer stadig vekk ved medisinske læresteder. Studentene vil gjerne være doktor fra studiets første dag og har periodevis liten sans for teoretisk fordypning. De understøttes undertiden i dette syn også fra akademisk hold. F. eks. har man ved McMaster-universitetet i Canada en modell som legger opp til en bred, men faglig grunn allmennlegeutdanning. Spesialkunnskapene skal komme senere for de spesielt interesserte. Allmennlegen, befolkningens doktor, skal være spesialisthelsetjenestens dørvakt og innkaster.

Fag i fag

Hvert enkelt fag som utgjør samlefaget *medisin*, er også en tredimensjonal organisme. Hvert fag har sitt egendefinerte sentrum og en periferi omkring.

Når fagene skal konkurrere om plassen innenfor den større strukturen som medisinstudiet er, blir det igjen en avveining mellom sentrum og randsoner. I studieplanarbeid foregår slik avveining sjelden uten kamp. Det har både med fagstatus og ressurser å gjøre. Hvorfor skal studentene f. eks. drilles i detalj i – rett nok viktige – statistiske metoder, mens f. eks. praktisk håndtering av matbårne infeksjoner får en beskjeden plass? Det er greit at kommunelegen er god i å vurdere statistisk holdbarhet av klinisk kontrollerte forsøk publisert i *The Lancet*. Men for rollen kommunelege vil mange i omverdenen anse det som mer på sin plass om et kunnskapsmessig verktøy av høy kvalitet for å stoppe en salmonellaepidemi er det som ligger lettest tilgjengelig. Er forklaringen simpelthen så enkel at det er statistikeren som har vunnet over hygienikeren i studieplanarbeidet? Innenfor en studietids faste ramme vil det ofte være de som behersker sentrum som bestemmer hva som er randsoner.

Ved medisinske fakulteter i Norge er det f. eks. både historiefaglige og samfunnsvitenskapelige innslag i undervisningen. Randsoner, ja vel, men de *er* der. Andre læresteder kan ha andre prioriteringer. Dette er en av de faktorene man ofte oppdager når leger med utenlandsk eksamen skal undervises i nasjonale fag for å få autorisasjon i Norge. Når en doktor fra f. eks. en tidligere sovjetisk republikk sitter i auditoriet og ikke kan svare fornuftig på *hva en norsk kommune er*, trengs det åpenbart tilleggskunnskaper før vedkommende er egnet som kommunelege. Randsoner er kontekstavhengige. Kanskje nettopp derfor er de så viktige.

Revir blant revir

La oss for enkelthets skyld se på et fags tredimensjonale utstrekning som et revir i rommet. Det er definert av dem som er innenfor og det redefineres hele tiden. Dette er en forsvarsmekanisme. Et revir definert utenfra er et utrygt område. Når noen forteller oss hvem vi er, hva vi skal gjøre og hvor vi hører hjemme.

Et fag har en rekke sosiologiske kjennetegn. Disse holder faget sammen for dem som er innenfor og gir signaler om hvor grensene går for dem som er utenfor.

Eksempler: *Fagspråk* er et slikt virkemiddel. Et mer eller mindre spesifikt fagspråk finnes innenfor hvert enkelt fag medisinen består av, og det finnes for medisinen og legeyrket som helhet. Språk definerer hva som er sentrum, periferi og randsoner². Prøv selv: Ordet «psykiatriker» er korrekt norsk.

2 For andre meddelelsesformer gjelder det samme. Hvis jeg benytter *fotnoter* i min artikkel (som her), er jeg *innenfor* blant historikere og andre samfunnsvitere og i beste fall i randsonen for medisinerne. Der skal det være referanser *etter* artikkelen, helst i Vancouver-stil, ellers er man *utenfor*.

Bruk det blant helsepersonell. Først smiler de, men bruker du ordet på alvor, er du definert ut med det samme.

Eller: Innenfor hvert revir utvikles gjerne en spesiell *atferd*, formelt og uformelt bestemt. Legen kan ikke reklamere for sin virksomhet, mens det er fritt fram for helsekostforhandleren. Legens råd skal være kunnskapsbasert, alternativmedisineren gir også råd, men møter ikke samme krav for å bli hørt.

Men hva skjer i de områdene hvor fagenes yttergrenser møtes? Og hva skjer for de relativt få medisinske fag hvis egenart nettopp består i at de befinner seg der fag møtes? Her er samfunnsmedisin en av flere mulige kandidater for drøfting.

Innenfor medisinen er det etter hvert blitt mange revir. Disse forekommer dels som *fagområder*, dels som *arbeidsområder for yrkesgrupper*. I sykehuset: Hvordan avgrenses legens arbeidsfelt overfor sykepleierens? Sykepleierens overfor hjelpepleierens? I primærhelsetjenesten: Allmennmedisinerens arbeidsfelt overfor laboratorier, poliklinikker, helsesøstre, hjembaserte tjenester osv.? I spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus: Hvordan avgrenses f. eks. psykiaterens arbeidsfelt i relasjon til psykologens? Og hvordan er grensene blitt slik? Er det sikkert at dagens situasjon er den mest hensiktsmessige?

Men det ikke bare *kan være*, det *er* oppgaver som ligger mellom fagene og arbeidsfeltene. Det kan også hende at utviklingen går slik at sentrale problemer og arbeidsfelt blir liggende i skjæringspunktene mellom fleres randsoner, slik det kan være i sosialmedisinen eller i arbeid med kronisk syke. Kanskje utvikler fagene seg slik at inndelinger blir kunstige. Overgangene mellom intervensjonsradiologi og kirurgi er f. eks. etter hvert blitt flytende. Spørsmålet vi må stille oss er om ikke faginndeling og yrkesmessig revirdannelse kan virke konserverende på en slik måte at det bremser både utvikling og nytenkning på viktige områder?

Viten, mening, tro – og folkevett

Randsoneproblematikken oppstår også mellom ulike sett å tenke på. I randsonene kan problemene faktisk bli særlig store.

De beslutninger, store og små, som tas ute i befolkningen hele tiden, har forskjellig grunnlag. Logikken bak beslutningsgrunnlagene er ulik.

Innenfor medisinen hevder vi med stor styrke at beslutningen skal ha et grunnlag av *viten*. Medisinske handlinger skal være kunnskapsbaserte. Systemer er utviklet for å sikre dette³. Medisinsk praksis som avviker fra det

3 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har slike oppgaver, se www.kunnskaps-senteret.no.

kunnskapsbaserte grunnprinsipp ansees som regel for å være i en etisk og legal gråsoner – en randsone som gradvis glir over mot *mala praxis*.

Også ellers i samfunnslivet baseres beslutninger mer og mer på viten. Kunnskap samles, skapes og legger premisser. Men det finnes også annen logikk som i andre sammenhenger har samme gyldighet og tyngde. I politikken i et demokratisk samfunn kan *meninger* være like viktige som premisgivere. Man har drøftet seg fram til meninger om hva som for eksempel er det beste for kommunen eller for Norge. Da er disse meningene både det man benytter og det man forsvaret.

Tro er egentlig noe annet. Religiøs tro, uansett hvilken, og for den slags skyld overtro, er en overbevisning som er udiskutabel og som gjøres gyldig som beslutningsgrunnlag og som benyttes som dette både i små og store avgjørelser, mange av dem både dramatiske og viktige.

Det er vanskelig å finne en fellesnevner der slike tenkemåter møtes. Det er vanskelig å blande dem, selv der det kunne ha noe for seg med hensyn på f. eks. oppbyggingen av helsevesenet, eller for et behandlingsresultat. Like fullt er viten, meninger og tro sterke krefter som driver samfunnet. De hører med i samfunnets fysiologi. Kunnskaper om denne fysiologi må beherskes dersom man effektivt skal hankses tverrfaglige problemer på en tverrfaglig måte.

Men utenpå alt kommer det sunne *folkevettet*. Når fortøyet er glatt, trenger vi verken *viten* i form av en kontrollert eksperimentell studie for å skjønne at vi skal strø. Det er uaktuelt å følge en *mening* som f. eks. hyller et pervertert sosialdemokratisk mantra om at vi ikke skal strø her hvis vi ikke kan strø alle steder. Eventuelt at når vi ferdes på det glatte fortøyet skal vi stole på *troen*, at hvis Allah vil, faller vi uansett, hvis ikke, går det bra. Folkevettet tilsier å finne fram sand og skuffe. Angående liv og helse er det mye godt folkevett i randsonene. Det skal vi ikke blåse av.

Når randsonene vokser

Jeg veiledet for en del år tilbake en student som var fra en kommune i Østfold. Da han skrev sin obligatoriske spesialoppgave, hadde han valgt et emne innen medisinsk samtidshistorie fra hjemstedet.

Der hadde det på 1940-50-tallet vært to leger. De arbeidet riktignok svært mye, men folk flest var fornøyde med situasjonen og med stedets to leger. På det tidspunkt studenten arbeidet med sin oppgave, var det ca. ni leger der. De hadde alle mye å gjøre, uten at folketall og befolkningsstruktur var særlig endret. Man snakket om legemangel. Hvorfor? Det var studentens spørsmål.

Han gikk grundig til verks. Han intervjuet gamle folk og unge leger og gjorde en fin jobb. Oppgaven ble bra. Konklusjonene gikk så vidt jeg husker

stort sett på viktigheten av faktorer som endret sykdomsoppfatning, endret sykdomsatferd, nye og utvidede arbeidsoppgaver for legene. Et større arbeidsfelt med nye randsoner som krevde sitt. Men blant de unge legene var det også mindre vilje til å leve med slike lange arbeidsøkter som de to gamle legene hadde hatt. Imidlertid hadde det altså gått greit med de to legene. Studenten fikk behørig ros for oppgaven.

Jeg foreslo for ham at han skulle omarbeide oppgaven til en artikkel til *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Han så gjorde, selv om manuskriptet nok fortsatt trengte noen redaksjonelle omganger da han sendte det inn. Men istedenfor at redaksjonen hjalp den unge og ivrige student med dette, fikk han det blankt refusert. Jeg burde forutsett dette saksforløpet. I en tid da allmennmedisinen albuet seg fram, ville man formodentlig ikke høre hans budskap. Var avslaget et forsvar for primærhelsetjenestens anseelse, viktighet, oppgaver og nye randsoner? Studenten ville imidlertid videre i verden, så han forlot temaet.

I årene etter Den annen verdenskrig har medisinen sine randsoner vokst og blitt flere. WHO slo an tonen ved opprettelsen i 1946 da sosiale og mentale forhold ble inndefinert som medisin. Men den alminnelige velferdsøkningen, de følbare resultatene av den alminnelige sykdomsbekjempelsen og ikke minst trygdeordningenes eliminering av barrierer mellom befolkning og helsevesen ga en eksplosjon i helsebehov i Norge, ikke fordi folkehelsen ble dårligere, tvert imot nærmest som et resultat av at den ble bedre.

Kravet til å utnytte medisinen stadig økende viten, og etter hvert en allmenn mening om at dette var en rettighet som skulle gjelde alle, ble utvidet ved at man begynte å betrakte både levekår i sin alminnelighet og personlig trivsel med samme øyne som man tidligere hadde vært vant til å se på helse. Da oppsto et helt nytt felt av randsoner mellom fag, yrkesroller og tenkemåter. Egentlig er det i disse randsonene vår tids kontinuerlig svirrende helsedebatter både finner form og forum.

Hva er folkehelse?

Folkehelse kan måles på mange måter, men vi sløyfer å gå inn på detaljene i dette her⁴. Vi velger et eksempel: Et mål som er mye brukt av politikere, er hvor mange som er utenfor arbeidslivet på grunn fordi de er sykmeldt eller uføretrygdet. Disse tallene kan brukes til de formål man ønsker. Har man en *mening* som ledetråd, lar det seg lett gjøre å finne utvalgt *viten* som

⁴ Se nærmere om dette i nyere samfunnsmedisinsk litteratur, for eksempel i flere kapitler i Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. (red.) *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.

underbygger denne mening, nesten hvordan denne enn er. Eksempel: Går antall trygdede og langtidssykmeldte ned fordi flere kommer i arbeid, er det flere korttidssykmeldinger å forvente. Her er det en dynamikk egnet til å underbygge ulike meninger. Problematikken ligger nemlig i en *randson*, der medisinen ytterkant møtes med andre fag og andre ordninger, foruten med livets gang for den pasient som sannsynligvis mister både helse og arbeidsevne tidligere enn vedkommende hadde ønsket. Både synet på hva problemet består i og hvordan det skal løses, befinner seg i randsoner mellom fag og tenkemåter, undertiden også med aspekter av meninger og tro, herunder etikk og moral.

Det må heller ikke glemmes at folkehelse målt som deltakelse i arbeidslivet, langt på vei er *skapt administrativt*, blant annet av medisinen selv. *Diagnosen* er som oftest nøkkelen. En diagnose er ikke bare en betegnelse på en medisinsk tilstand, den inneholder også ofte en klar melding om hva som skal skje videre med pasienten, både hva angår behandling og i spørsmål om trygd, andre ytelser og sosiale konsekvenser. *Diagnostisert sykkelighet* i forhold til *opplevd sykkelighet* er som å høre en melodi spilt i en annen toneart. Virkningen kan bli en annen.

Folkehelse, slik den framkommer i helsestatistikkene, er i stor grad *administrert helse*⁵, folkehelse slik vi var valgt å la den bli og slik vi har valgt å la den beskrives. Samfunnet har *valgt hva som er viktig*. Folk flest snakker imidlertid mest om *opplevd helse*. Det som er *viktig for hver enkelt, nå eller i framtida*. Viktig for meg selv, med mindre tanke for fellesskapet. Mellom samfunnets og enkeltindividenes oppfatning av et helseproblem er det randsoner som gir stoff og næring til helsepolitiske debatter uten ende og konklusjon.

Men hva med medisinen randsoner helt generelt? Har vi foretatt aktive valg som sier hva som skal begynne seg der?

Yrkesrollens grep

Ifølge Helsepersonellovens §48 var det i 2009 28 autoriserte helsepersonellgrupper i Norge⁶. Egentlig er det mange flere, for det er undergrupper. Legene har ikke mindre enn 44 fag der man kan bli spesialist, og det er også flere avgrensbare fagfelt som kommer i tillegg til spesialitetene. Hver gruppe har sin egen profesjonssosiologiske utvikling. Men fellestrekkene er de

5 Se: Larsen Ø. Health care and attitudes in health matters – some personal reflections. S. 93–106 i: *Health and health care between self-help, intermediary organizations and formal poor relief (1500-2005)*. Lisboa: Edicoes Colibri/CIDEHUS/UE, 2007. ISBN 978-972-772-712-4.

6 *Samfunnsmedisin*, op.cit. s. 345-6.

samme, blant annet med periferi og sentrum, randsoner og avgrensningsproblematikk overfor de øvrige gruppene.

Da Norge kom seg på relativt egne bein i 1814, var det bare to definerte grupper av utdannet helsepersonell, nemlig leger og jordmødre. Imidlertid var det egentlig flere. Det er interessant i vår sammenheng, for det var tre grupper som fungerte som leger: De håndverksutdannede kirurgene, de akademisk utdannede legene fra Københavns Universitet og kandidatene som hadde fått sin utdanning ved Det kirurgiske akademi i København, opprettet i 1785. Der fikk man en målrettet blanding av teori og praksis, et konsept som likner sterkt på moderne legeutdanning. Undervisningens omfang, dybde og bredde var definert, og dermed hva som var randsoner. Barberkirurgenes tid var forbi. Modellen fra Akademiet ble overtatt da norsk legeutdanning startet opp i Christiania i 1814. Etter hvert som tiden gikk ble det bare slike leger i Norge.

1700-tallets ordning med flere typer leger var tilpasset datidens behov, om enn ikke optimalt. Skiltet som er avbildet på figur 3 og som reklamerer for lege, frisør og butikk i samme senter, får enkelte til å smile litt i dag. Nå er det selvfølgelig ikke samme person som driver som lege, frisør og kjøpmann. Men fram til 1700-tallet kunne den etablerte kombinasjonen av å være kirurg og barber være høyst hensiktsmessig. Begge trengte å kunne svinge en kvass kniv med sikker hånd. Og legenes adgang til å drive kommersiell virksomhet i tilknytning til yrket, f. eks. ved å selge legemidler, er et gammelt diskusjonstema. Nå er funksjonene delt. Men er vår tids oppdeling i yrkesgrupper alltid optimal med hensyn til dagens behov?

La oss ta legene som eksempel: Kan det tenkes at *legerollen*, slik den er i Norge i dag, er en begrensende faktor for et effektivt helsevesen? Målet for et medisinsk studium i Norge er å kvalifisere studentene for turnustjeneste i sykehus og primærhelsetjeneste. Når turnustjenesten er avsluttet, kan de medisinske kandidatene autoriseres som leger.

Hva har de nyautoriserte leger lært om fagets og yrkets sentrum og periferi? Om randsonene? Det vil i noen grad avhenge av når de er utdannet. De fleste med noe militær opplæring vil ha en følelse av å være blitt trent i å utkjempe kriger som allerede er historie. Er det slik i medisinen også?

Det har i løpet av 1900-tallet foregått en stadig innretting av legerollen mot diagnose og terapi av enkeltpasienter. Dette ble formelt sementert ved Universitetet i Oslo i 1996 da Det medisinske fakultet innførte sin sterkt integrerende studieplan «Oslo -96»⁷. Her får studentene en rolleidentifikasjon som behandlende «doktor» helt fra begynnelsen.

7 Se Det medisinske fakultets studiehåndbøker, semesterbøker, nettsider og boka Larsen Ø. *Legestudent i hovedstaden*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.



Figur 3: Skilt utenfor Haug kjøpesenter på Ringerike 2009. (Foto: Ø. Larsen)

Prinsippet om problembasert læring bygger opp under oppfatningen av medisinsk arbeid som en serie av problemer som følger etter hverandre og som skal løses før man tar fatt på neste. Legefagets horisontale utstrekning med enkeltpasienten i sentrum defineres fra første dag, og så følger faglig dybde og faglig høyde etter hvert.

Oppsplitting og innsnevring

En faglig forsterkning av den individualkliniske tendensen skjedde i 1970-årene, da medisinske atferdsfag ble innført i de medisinske studieplaner. Legens møte med pasienten ble oppjustert til en hovedsak. Det studentene tidligere hadde lært ved å betrakte leger og medisinske lærere som rollemodeller og gjennom formell undervisning i pasientkontakt i propeudeutisk termin ved den kliniske undervisningens begynnelse, ble nå et hovedfag fra første studiedag. Det å oppføre seg som lege og å forstå dynamikken i dette fikk en oppgradert egenverdi i forhold til det å utføre selve legearbeidet.

I reduksjonismens ånd ble medisinen sett som en helhet splittet opp. Da dette begynte omkring 1900, var det betydelig faglig skepsis til utviklingen. Prosessen skjøt fart for alvor etter Den annen verdenskrig. I 1989 besto Det medisinske fakultet i Oslo for eksempel av hele 106 enheter.

Men denne oppsplittingen førte også til at noe forsvant *ut*. F. eks. *hygiene* hadde helt siden 1824 vært et samlende samfunnsmedisinsk fag som i hovedsak beskjeftiget seg med helse på et kollektivt nivå. Siktemålet var *helse for de mange*. I mellomkrigstiden kunne faget rose seg av å ha bygd opp en betydelig anseelse, ha opplevd en omfattende vitenskapelig utvikling og av å være blitt basis for viktige og effektive befolkningstiltak, f. eks innenfor infeksjonsbekjempelse og ernæring.

Fra 1950 begynte imidlertid en oppsplitting og en avskalling som også førte til at enkelte store felt av hygienefaget forsvant helt ut fra Universitetet og ut av universitetsmedisinens ansvarsområde. Dette gjaldt f. eks. næringsmiddelhygiene, miljømedisin og yrkeshygiene. Men fortsatt sitter kommunelegen likevel med et overordnet ansvar for sin befolkning, også på disse områdene. Tidligere sentralt lærestoff er flyttet ut i en randzone, men problemene er der like fullt, om enn ofte i en endret form.

Bedriftslegen bør dessuten skjelve på hånden når hun eller han signerer på at et stoff som skal brukes i produksjonen ikke kan medføre helserisiko. Forutsetningen for godkjenningsordningen bygger på at bedriftslegen skal ha tilstrekkelig kompetanse i toksikologi. Den best tilgjengelige kunnskap om dette blir i ethvert fall ikke formidlet gjennom norske medisinstudieplaner ved begynnelsen av 2000-tallet. Arbeidsmedisinundervisningen er redusert til nesten ingen ting, på tross av at deltakelsen i arbeidslivet fyller en meget stor del av de fleste nordmenns liv. Det som før lå i sentrum er blitt randzone.

Den ene og de mange

Bruker vi den tredimensjonale modellen som metafor igjen, er det klart at sentrum og periferi i *legerollen* og det samlede fag *medisin* har forandret seg. Det er den behandlende lege som står i sentrum i undervisningen, legen og pasienten i et én-til-én-forhold her og nå.

Dette skiller seg merkbart fra virkeligheten f. eks. i sykehusmedisinen, der forholdet mer er mellom pasienten og et stort system. Om det er riktig eller ikke, pasienten føler seg ofte i randsonene til alle de helsepersonellgruppene som svever omkring. Og én-til-én-modellen skiller seg fra folkehelsevirkeligheten – befolkningens forhold til et stadig mer komplisert samfunns helsefremmende og helseskadelige faktorer. Den stemmer heller ikke med fastlegeideologien, når det viser seg for pasientene at fastlegen bare er en av mange aktører, og kanskje heller ikke er den som kan hjelpe best når det kniper mest.

Det hevdes ofte at akademisk norsk allmennmedisin vokste fram fra 1960-årene⁸. Det er egentlig en ahistorisk oppfatning. Fram til ca. 1950 besto *norsk legeutdanning i sin helhet* i å kvalifisere for primærlegevirksomhet. Det var nemlig primærlegevirksomhet som dominerte legers virksomhet før den store veksten i sykehusbygging som begynte nettopp i 1950-årene. Tidligere tiders allmennmedisin var riktignok noe annerledes, idet den hadde viktige samfunnsmedisinske aspekter. Den gamle distriktslege var, med Sunnhetsloven av 1860 i ryggen, en autoritetsperson med makt og mulighet til å påvirke *helse på gruppenivå*.

Ofte beveget distriktslegene seg i de absolutte randsoner, men til stor glede og nytte for det lokalsamfunn de betjente. De befordret livsbetingelsene i lokalsamfunnet med andre midler enn de medisinske. Legen var mange ganger en aktiv samfunnsbygger. Minnestøtten over dr. Brostrup Marius Müller (1841–1908) (figur 4) ved Glåmos er et ofte brukt bilde på dette. Da han døde i sykebesøk falt åpenbart en høvding. Men var det først og fremst en medisinsk høvding som falt om der støtten står, i en tid da medisinsk praksis overfor enkeltpasienter ennå hadde begrensede muligheter? Hvilken allmennpraktiker i dag ville fått et slikt ettermæle, ikke bare fordi han var doktor, men for sin allmenne innsats? Sannsynligvis var det dr. Müllers samfunnsinnsats som utløste den største hyllest.⁹

Om en doktor som i dag deltar ivrig i politikk, næringslivsutbygging eller kulturliv, vil man lett si: Skomaker, bli ved din lest. Mon det. Skal man

8 Se referat fra aktørseminar om innføringen av allmennmedisin som akademisk fag, *Michael* 2009;6:1-126.

9 Les om hans mangfoldige meritter i samfunnet i artikkelen: Müller, Marius Brostrup. S. 138-9 i: Larsen Ø. (red). *Norges Leger* 1996. Oslo: Den norske lægeforening, 1996, bind 4.



Figur 4: Müllerstøtten ved Glåmos. Forfatteren er med på bildet for å vise monumentets enorme dimensjoner. (Foto: I.F. Larsen 2003)

bli ved sin lest? Kanskje skal man heller bruke sin medisinske innsikt i randsonene.

Normativ innstramning

Legerollens vertikale perspektiv, faglig dybde og faglig takhøyde, har også fått en mer definert dimensjon enn før. Da studieplanen «Oslo -96» ble innført, gikk man samtidig over til et system med bestått/ikke-bestått istedenfor den gamle graderte karakterskala, og til forskjell fra de graderte skalaer som i hovedsak brukes ellers ved Universitetet i Oslo. Det er lite å strekke seg etter for studentene nå, bortsett fra å stå til eksamen. Det er også blitt lite av den tilbakemeldingen som karakterer gir.

Hvorvidt bestått-nivået er nivellert opp eller ned i forhold til før, og i forhold til eksamensnivåer ellers ved Universitetet, utstår her. Det er en lang diskusjon. Poenget er *at det er blitt nivellert*. Og sett i sammenheng med at man har de mange småfag med begrenset undervisningstid og undervisningsdybde, kan «bestått» gi kandidaten et feilaktig inntrykk av å ha tilegnet seg kunnskaper på det som ellers regnes som universitetsnivå.

Helsedirektør Karl Evang (1902-81) var arkitekten da norsk helsevesen ble bygd opp og ekspanderte i årene etter Den annen verdenskrig. Han hadde sett mye under sine utlendighetsår og han hadde tenkt mye. Dessverre skrev han ikke så mye om sine tanker, men hans forelesningsserie Heath Clark Lectures fra London i 1958 ble publisert som bok i 1960¹⁰. Her drøfter han bakgrunnen for det som ble den norske modellen for et helsevesen.

Men Evang fikk ikke gjennomslag for alt. Ved sine landsdekkende sentralsykehus ville han også ha en tett integrasjon med primærhelsetjenesten, især med sine frontsoldater, de offentlig ansatte distriktslegene, og en sterk forebyggende, grupperettet medisin. Det er neppe for sterkt å si at Evang generelt så på en primærhelsetjeneste forankret hos allmennpraktikere, især de privatpraktiserende, med betydelig skepsis. Men her ble profesjonen og dens omdømme likevel for mektige. Evang ville ha forebyggingen ut av randsonen og nærmere sentrum, men det gikk bare delvis. Det ble ikke slik. Og allmennmedisinens grunnteser i dag har relativt lite samfunnsansvar i seg¹¹.

Det er greit at pasienten er i sentrum, men faglig, primærmedisinsk innsats på kvalitetssikret basis for å påvirke den *kollektive helse* burde flyttes fra randsonen til sentrum i det minste i *noe* av allmennmedisinen. Kanskje

10 Evang K. *Health service, society, and medicine : present day health services in their relation to medical science and social structures*. London: Oxford University Press, 1960. Se også Nordby T. *Karl Evang – en biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.

11 Kfr. allmennmedisinernes plakat med sju teser for arbeidet.

er det på sikt simpelthen hensiktsmessig å justere yrkesroller, eventuelt å supplere med nye.

Ved nærmere ettertanke ser vi hvordan legerollens utforming også influerer bildet av folkehelsen – av *den administrerte sykelighet*. De såkalte helsekøer finnes ikke bare fordi medisinen har gitt nye muligheter innenfor diagnostikk og behandling som befolkningen gjerne vil nyte godt av, eller fordi befolkningens oppfatning av hva som er helseproblemer og av hvor mye man skal tåle, har forandret seg. Helsekøene er også et resultat av hvordan vi organiserer helsetjenesten.

Eksempler: Når klare spesialistproblemer skal sluses via en fastlege først, dannes køer. Når fastlegen har så kort tid til rådighet for hver pasient at en henvisning videre kanskje mer er en vei ut enn en faglig løsning, oppstår køer.

Mye av det man står i kø for, gjør kanskje også det man venter på uaktuelt. Skal man vente i ukevis på å få tatt et røntgenbilde, vente i uker for få beskrivelsen og i uker for å få time igjen hos fastlegen, kunne det kanskje vært like greit om fastlegen tok affære med det samme. Kanskje kunne problemet løses ved hjelp av godt klinisk skjønn, uten røntgenbilde? Og hvor mange vonde knær trenger *egentlig* MR-undersøkelse?

Omorganisering for å se hva man kan gjøre innenfor samme ressursbruk som nå, er et eksperiment, men det kan støte an mot *legerollen* – både mot profesjonens egen oppfatning av den, og mot samfunnets.

Et komplisert helsevesen kan også sees som et selvforsterkende system som gir normer for hva som er både mål og midler og hva som ligger i randsonene.

Etikk og *kvalitetssikring* er blitt viktige begreper i medisinsk hverdag. *Tilsyn* og korrigerende av *avvik* er en administrativ videreføring og konsekvens av dette. Det gir bedre kvalitet i helsearbeidet, derom hersker ikke tvil. På den annen side øker det normative aspektet i styrke. Hva er et avvik? Medisinsk arbeids randsoner både befestiges og svekkes gjennom ytre styring. Det kan ofte være vel og bra. Men hva med mulighetene for tverrfaglig utvikling når alle har sine fastlagte retningslinjer å følge? Når alle har sine profesjonsbastioner å forsvare? Og alle vil være *på den sikre siden*?

Folkehelse som utgangspunkt

Hvis vi ser på norsk folkehelse på kollektivt nivå, og spør om helsearbeidet er organisert i forhold til det, kan svaret bli interessant. Mye av problematikken befinner seg nemlig i diverse fags og yrkesgruppers randsoner og er ikke sentralt hos noen.

Hvem bestemmer f. eks. over folks livsbetingelser? Mye av det er *politikk*, og politikk er blitt definert ut av den hippokratiske sandkasse, bortsett fra

i festtalene, der den politiske innsatsen til den tyske patolog Rudolf Virchow (1821–1902) stadig berømmes og holdes fram som et lysende eksempel, uten at det skjer så mye av den grunn.

I politikken er det ofte *meninger* som er viktigste premiss for beslutninger, ikke *viten*. Nøkternt sett er kanskje f. eks. skattepolitikken minst like viktig for befolkningens helsebetingelser som helselovgivningen. I kommunene er plan- og bygningsloven sannsynligvis viktigere enn kommunehelseloven ved å legge til rette for helse. Vi kan nevne distriktspolitiske hensyn, skjenkebevil-linger, trafikkbestemmelser osv. nærmest i det uendelige. Her er det andre yrkesgrupper og andre fag, ofte fag med en annen logikk som råder. Men når det dreier seg om *helse*, befinner disse fagfolkene seg ofte, uansett all interesse og velvilje, i sine faglige og yrkesmessige randsoner. Det ligger et åpenbart potensial i å etablere både samarbeid og felles referanserammer.

Randsonene – hva er gjort? Noen eksempler

Særlig oppmerksomhet har vært viet overgangene til den såkalte alternative eller komplementære medisin – et felt som opptar befolkningen sterkt og hvor det er betydelige kommersielle interesser. Noe undervisning om alternativ medisin hører ofte med i et legestudium. Samarbeid lanseres da ofte som et mantra.

Men her er det problemer. Alternativ medisin er bare *alternativ* så lenge den ikke er akseptert. Dens tiltrekningskraft svekkes bare man benytter ordet *komplementær*. Til den tredimensjonale metaforen igjen: Faglige og yrkesmessige revir støter sammen. Blir alternative medisinske metoder basert på vanlig, etterprøvable, medisinsk logikk og integrert i medisinen, er de ikke alternative lenger. Særlig samarbeid kan derfor logisk sett simpelthen ikke forventes.

Samfunnsmedisinen er kanskje det mest iøynefallende felt, der ny samhandling er nødvendig, nå fra 2009 kanskje med «Samhandlingsreformen» som bakgrunn og støtte. Noen kommuner har f. eks. opprettet stillinger som folkehelsekoordinator, men foreløpig er denne rollen neppe allment etablert. Initiativer som «Trygge lokalsamfunn» og «Helse i plan» er viktige skritt på veien for å få til brede engasjement om det som tradisjonelt har ligget i randsonene.

Norsk forening for samfunnshelse, stiftet etter initiativ av professor Gunnar Tellnes i 1998¹², hadde kollektiv helse som mål for sitt arbeid. Eksiste-

12 Stiftet ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 15. april 1998. Formål et var å «arbeide for å øke forståelsen og interessen for forskning, undervisning og formidling om forebyggende og helsefremmende arbeid knyttet til samfunnsmedisin, sosialmedisin og folkehelsearbeid.» Kfr. foreningens referat fra stiftelsesmøtet.

rende foreninger på området representerte mest yrkesgrupper og disses interesser, mer enn befolkningens helse og helsebetingelser. Blant annet muliggjorde den nye, tverrfaglige foreningen at Norge kunne bli representert i European Association for Public Health (EUPHA), noe som har vist seg å skape meget verdifulle kontaktflater utad. De årlige EUPHA-konferansene har hatt god norsk deltakelse og har gitt god oppdatering og mye inspirasjon for norske samfunnsmedisinere. Norge har også vært aktive i å utforme EUPHA, blant annet ved at professor Gunnar Tellnes har fungert i flere verv, derunder som president.

Gjennom sine folkehelsekonferanser har *Norsk forening for samfunnshelse* allerede betydd mye for å lyse opp i randsonene mellom legevirksomhet og alle andre typer grupperettet helsearbeid. Mange vil ytre et dessverre til at foreningen skiftet navn til *Folkehelseforeningen* etter påtrykk fra indre krefter. Derved oppsto innad og utad assosiasjoner både til institusjonen «Folkehelse» og til gammel, traurig folkehelsepropaganda, istedenfor å signalisere de vyer som ordet *samfunnshelse* innebar.

Passer pasientene?

For enkeltpasienter er randsoneproblematikken praktisk viktig. Er man syk på en slik måte at det ikke passer inn i yrkesroller eller fagfelt, kan det skurre. Mange som har kroniske og sammensatte sykdommer merker det. Kronikerne og de med mange diagnoser kan føles som et ork på legekontoret. Hvorfor det? De er kommet ut i randsonene, der mange instanser er forutsatt å skulle trå støttende til. Men pasientene passer liksom ikke inn for noen. De er ikke noens hovedansvar og hovedinteresse. Alle synes de er slitsomme. Pasienter på grensen til uføretrygd kan fortelle alt om sine opplevelser i så måte.

Det finnes atskillig kunnskap om hvordan trivsel kan fremmes gjennom forholdsvis enkle tiltak, også for dem som har en sykdom eller funksjonshemming å stri med. De som befinner seg *mellom syk og frisk* er en kategori som er i en randsoner i et medisinsk system som er bygd opp rundt *diagnostisert* og *administrert sykkelighet*. De har *opplevd sykkelighet*. Initiativer som «grønn resept» har fått lunken mottakelse – ikke fordi anbefalinger om en sunn livsstil er kontroversielle i seg selv, men sannsynligvis fordi man bruker ordet *resept*, et ord som er så knyttet til tradisjonell legerolle at det er vanskelig å gi det nytt innhold.

Tiltak som «NaKuHel», der man ifølge mangeårig initiativ fra professor Gunnar Tellnes i enkelte norske kommuner har etablert rehabiliterings- og omsorgsordninger basert på elementer fra natur, kultur og helse, er sannsynligvis en god idé, til glede for dem det gjelder og for lokalsamfun-

nene¹³. Tiltaket angriper en randsone bevisst og målrettet. Men sannsynligvis lider «NaKuHel» foreløpig av at det selv befinner seg i en randsone, før den alminnelige integrering mellom de faglige og yrkesmessige gruppene som har med helse å gjøre, er kommet lenger.

Øivind Larsen

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

Boks 1130 Blindern

0318 Oslo

oivind.larsen@medisin.uio.no

13 Tellnes G. *Samspillet natur – kultur – helse: NaKuHel-konseptet i teori og praksis*. Oslo: Unipub, 2003.

Legenes rolle i folkehelsearbeid – fra hovedrolle til statist?

Michael 2009;6:395–401.

Folkehelsearbeid er definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. Dette skal innebære forebyggende arbeid som reduserer risiko for sykdom, men også helsefremmende arbeid og aktiviteter. Legene har historisk hatt en hovedrolle både som premissleverandører, som planleggere og som aktører innenfor folkehelse. I dag står det norske samfunnet ovenfor andre utfordringer enn tidligere og det moderne helsebegrepet omfavner mye mer enn dimensjonene frisk og syk. Trivsel, mestring og livskvalitet er viktige faktorer som beskriver helse, og folkehelsearbeidet bør også handle om å øke befolkningens mulighet til å oppnå disse faktorene. Men det er et problem for folkehelsearbeidet at mye av fokuset fremdeles er på det sykdomsforebyggende, og at relativt lite satses på det helsefremmende arbeidet. Det kan derfor se ut som legenes historiske hovedrolle innen folkehelse har satt sine spor, og i artikkelen diskuteres legenes rolle i folkehelsearbeid i dag.

Folkehelse er et vidt begrep som skal omfavne og beskrive et folks samlede helse. Kjente personer fra folkehelsearbeidets historie, som John Snow (1813-1858), Ignaz Semmelweis (1818-1865), Robert Koch (1843-1910), Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) og Karl Evang (1902-1981), forteller oss at medisinfaget og legestanden har spilt en viktig hovedrolle både som premissleverandører, som planleggere og som aktører innenfor folkehelsearbeidet. Dette har også hatt betydning for hvordan man tenker, planlegger og gjennomfører folkehelsearbeid i Norge i dag. Men har egentlig medisinen som fag noe med folkehelse å gjøre lenger? Og har legene, eller burde de ha, en viktig rolle i folkehelsearbeid i dagens Norge?

Legenes rolle før

Ingen fremstilling eller forelesning om folkehelse og folkehelsearbeid synes å være komplett uten historien om legen John Snow. Han er en av de store hoverolleinnehaverne i folkehelsearbeidets historie. Som kjent for de fleste var John Snow lege i London på 1800 tallet. Under det store utbruddet av kolera i London i 1854 kartla han hvor smittede pasienter bodde, og fant ut at utbruddene av kolera ikke fordelte seg tilfeldig rundt omkring i byen. De som var smittet tilhørte husstander som alle var knyttet til samme vannforsyning. John Snow greide å lokalisere smitekilden til en brønn i det som da het Broad Street (nå: Broadwick Street), og han fikk stoppet epidemien ved å få myndighetene til å fjerne håndtaket på vannpumpen til brønnen (1).

På John Snows tid var det høy dødelighet og høye fødselstall i befolkningen. Slik var det også i Norge. Den høye dødeligheten skyldtes i stor grad lite mat og dårlig kosthold, kriger og ikke minst epidemier. Etter freden i 1814 begynte levestandarden i Norge sakte, men sikkert å gå opp. Dette førte til at dødeligheten gikk ned, men fødselstallet forble høyt en stund før det begynte å avta og dette førte til at befolkningstallet økte voldsomt. I løpet av 1800-tallet økte folketallet i Norge fra knapt en til to millioner, og en økende urbanisering fant sted. Den raske urbaniseringen førte til en ukontrollert byvekst og dårlige boligforhold. Mange bodde under trange og tette forhold i boliger med dårlige lys, luft og sanitære forhold samt forurenset drikkevannsforsyning. Dette bidro til økt risiko for smittsomme sykdommer og epidemier som f. eks kolera, tuberkulose, og på begynnelsen av 1900-tallet spanskesyken (2).

Rollen til leger som John Snow og hans samtidige kolleger handlet altså i stor grad om å få bukt med epidemier. Andre leger som hadde hovedroller, var for eksempel Robert Koch og vår egen Gerhard Armauer Hansen, som gjorde viktige oppdagelser av sykdomsagens som tuberkulosebakterien, kolerabakterien og leprabasillen. Man fikk en økt kunnskap om smitekilder, smitteveier og behandling.

På 1800-tallet var folkehelsearbeidet derfor konsentrert om å hindre smitte og spredning av epidemiske sykdommer, blant annet ved å bedre de hygieniske forhold. Dette arbeidet ble i stor grad ledet og drevet fremover av legene. I 1860 ble myndighetenes rolle klarere definert i dette folkehelsearbeidet ved at vi fikk Sundhedsloven (2). Det ble opprettet Sundhedscomissioner, de senere Helseråd, som blant annet hadde som oppgave å etterse at boligforholdene var hygieniske, at drikkevannet var rent, de skulle holde øye med offentlige bygg og saker som behandling av lik, avfallshåndtering og sanitærvesen, samt forebygge sykdom og formidle kunnskap om dette.

Sundhedsloven ble først i 1984 erstattet av en ny lov – kommunehelsetjenesteloven (3). Mens helserådenes ledere, distriktslegene, var statlig ansatte og representerte statlige helsemyndigheter ute i distriktene, skulle kommunelegene være en del av kommunens stab, hvilket utgjorde en viktig forskjell.

Hva ligger egentlig i folkehelsebegrepet?

Før vi kan si noe om legenes rolle i folkehelsearbeid i dag, må vi se litt nærmere på hva som ligger i folkehelsebegrepet. I dagens norske velferdssamfunn har vi andre utfordringer enn å bekjempe epidemier – i alle fall i tradisjonell betydning av ordet. Vi har beveget oss fra et samfunn der sykdom og høy dødelighet var en del av hverdagen, til et samfunn der de fleste oppnår høy levealder. Det har samtidig skjedd en gradvis endring i hva man legger i begrepene sykdom, helse og folkehelse.

I NOU rapporten *Det er bruk for alle* blir folkehelsearbeid definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen (4). Dette skal innebære forebyggende arbeid som vil være å fjerne eller redusere faktorer som kan føre til sykdom eller plager, men også helsefremmende arbeid som vil være å styrke aktiviteter som er positive og som gjør at vi får det bedre (5).

Det har altså skjedd en dreining mot å styrke og legge til rette for det friske.

I Norge er det Folkehelseinstituttet som har hovedansvar for å arbeide med helseovervåking, forskning og forbygging for å bedre befolkningens helse. Folkehelseinstituttet har visjonen «Et friskere folk». En flott visjon, som overensstemmer med NOU'ene og som alle med letthet kan slutte seg til. Men hva betyr egentlig denne visjonen? Visjonen om et friskere folk vil av de aller fleste bli tolket som en visjon om færre syke i fremtidens Norge, fordi man (nesten) automatisk tenker at å være frisk betyr å ikke være syk.

Den historiske oppfatningen om at befolkningen består av syke eller friske, og at det er legens oppgave å ta seg av de syke, sitter igjen hos de aller fleste av oss. Et betimelig spørsmål vil da være: Hva er det å være *syk*? Det kan virke som et enkelt spørsmål, men hvis man ikke skal svare med tautologien: «å være syk er å ikke være frisk» (å være frisk er å ikke være syk osv), så er det ikke så enkelt. De fleste forsøk på å definere sykdomsbegrepet er ikke adekvate, og sykdomsbegrepet er så komplekst at man ikke kan lage en enkel definisjon (6). Sykdomsbegrepet har mange funksjoner, og det har vært problematisert og diskutert omkring begrepets relevans og dets begrensninger (7). Ved å definere hva sykdom er og ikke er, står man i fare for

å ikke anerkjenne at folk er syke (vi finner ingenting), på den annen side kan man definere folk som syke som føler seg helt friske (vi finner nok noe hvis vi bare leter litt mer).

Beveger vi oss over til begrepet *helse* (som i folkehelse) blir det enda mer ullent og vanskelig. Helse er noe som omfavner mye mer enn dimensjonene frisk og syk. I den berømte helsedefinisjonen til WHO heter det at: «Helse er en tilstand av fullkomment fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse». Denne helsedefinisjonen er mye omdiskutert, og kritisert for sin noe utopiske tilnærming, og den har blitt omskrevet flere ganger. Den har likevel vært viktig fordi den åpner for et holistisk og helhetlig syn på helsebegrepet. Definisjonen innebærer at begreper som for eksempel mestring, trivsel og livskvalitet er like viktige helsedimensjoner som nærvær eller fravær av sykdom. Fugelli & Ingstad (8) fant i en kvalitativ undersøkelse at det folkelige perspektiv på helse har tre kjennetegn: helhet, pragmatisme og individualisme. De fant at det som folk opplever som god helse, er beskrevet med fenomener som trivsel, funksjon, humør, mestring, overskudd, energi og bruk av natur.

Selv om folk ikke nødvendigvis tenker på nærvær eller fravær av sykdom når de tenker på og beskriver helsen sin, men på helt andre ikke-medisinske faktorer, så viser det seg at dette noe ubestemmelige helsebegrepet har høy prediktiv verdi for en rekke svært målbare og objektive helseutfallsmål. En norsk studie har f. eks vist at selvrapportert dårlig helse har høy prediktiv verdi for uførepensjonering (9), og man finner også en klar sammenheng mellom selvrapportert helse og det mest objektive mål av alle – dødelighet (10). Det utvidede helsebegrepet og dets betydning for folks liv og helse, altså folkehelse, gjør at man må diskutere hvordan folkehelsearbeid skal foregå. Hvis trivsel, mestring og livskvalitet er viktige faktorer som beskriver helse, og som til og med predikerer dødelighet, så må folkehelsearbeidet også handle om å øke befolkningens mulighet til å oppleve disse faktorene.

Hva er legens rolle i dag?

Wildawskys 90/10 regel for folkehelsearbeid sier at 90 % av folkehelsearbeidet forgår utenfor helsetjenesten og at bare 10 % foregår innenfor helsetjenesten (11). I dag vil de fleste godta og erkjenne at det forgår mye viktig folkehelsearbeid som ikke er relatert til helsetjenesten. Men selv innenfor de 10 % der legene virkelig har sin hovedrolle, er det noen utfordringer.

Det er ikke pest eller kolera som er årsakene til at folk oppsøker legen i dagens Norge. Infeksjonssykdommer som var en av de viktigste dødsårsakene opp gjennom historien, har siden begynnelsen av 1900-tallet vært i sterk

nedgang og er nå bare årsak til mindre enn én prosent av dødsfallene i Norge. Det har riktignok vært en økning i forekomst av smittsomme sykdommer i de senere år, som et resultat av økt globalisering (12). Det har også vært en økning i ulike kreftformer, delvis fordi vi har fått bedre diagnostiske metoder og fordi vi lever lenger (13). Men det viser seg at de vanligste årsakene for å oppsøke legen eller alternative helsetjenester i dag, ikke er sykdom i tradisjonell forstand, men psykiske problemer og muskel- og skjelettsmerter (14). Slike helseplager er svært vanlige i befolkningen, og så mange som 95 % vil oppleve dette i løpet av en måned (15). De aller fleste som rapporterer slike helseplager, vil ha lette plager som ikke er til hinder for funksjon i daglig liv og yrkesliv, og bare for mindretallet vil plagene være så uttalte og betydelige at de har alvorlige konsekvenser. Men det finnes ingen distinkt grenseverdi som kan skille mellom hva som er normale plager som man må forvente i løpet av et liv, og plager som trenger behandling.

Hvordan slike plager blir oppfattet av den enkelte, og hvilke konsekvenser de får for funksjonsnivå og dagligliv, er influert av en rekke faktorer som arbeidssituasjon, sosioøkonomiske forhold, mestring og andre psykologiske faktorer. Den medisinske profesjonen er til og med av noen påstått å utgjøre en alvorlig trussel mot folkehelse nettopp fordi legene bidrar til økt medikalisering av slike normale plager (16). Medikalisering er med på å gjøre noe med folks oppfatning om og forventning til hva som er god helse, og det kan føre til at normale plager blir tolket og oppfattet som tegn på alvorlig sykdom. Frykten for å bli syk er faktisk en av de viktigste årsakene til uføretrygd i Norge (17).

Det foregår mye bra folkehelsearbeid i kommunene. Det er kommuneoverlegene som skal samordne helsetjenestene med andre kommunale tjenester. De er derfor viktige premissleverandører og rådgivere for folkehelsearbeidet.

De fleste kommunene i Norge har gode beredskapsplaner for større ulykker, planer for smittevern, rent drikkevann og fornuftig avfallshåndtering. Slik sett opprettholdes på utmerket vis mange av de gode gamle oppgavene til Sundhedscommissionene. At alle disse oppgavene er svært viktige i en folkehelsesammenheng, er det ingen tvil om. Men det er et problem for folkehelsearbeidet at mye av fokuset fremdeles er på de fysiske risikofaktorene og det sykdomsforebyggende arbeidet, og at relativt lite satses på de psykososiale faktorene og det *helsefremmende* arbeidet. Det kan derfor se ut som legenes historiske hovedrolle innen folkehelse, og deres rolle i kommunene i dag, setter sine spor fordi man i den forebyggende delen av legenes arbeid fortsatt har sterkest fokus på det *sykdomsforebyggende*.

Det skjer i disse dager endringer som er positive sett fra et folkehelseperspektiv. I den nye plan- og bygningsloven som er vedtatt, ønsker man å sette fokus på folkehelse og det helsefremmende ved at det kommunale planarbeidet skal gå fra å være arealplanlegging til å være samfunnsplanlegging.

I den foreslåtte Samhandlingsreformen ønsker man å styrke satsning på det forebyggende og helsefremmende. Dette er vel og bra, men hvordan skal man sikre at kommunens innbyggere opplever god helse i form av mestring, trivsel og god livskvalitet? Og er det fortsatt formålstjenlig at det er kommuneoverlegen skal etterse dette? Det er ingen som synes det er lett eller morsomt å skulle gå fra en hovedrolle til en birolle eller kanskje til og med ende opp som en statist.

Likevel er kanskje tiden kommet for å gjøre det som er vanlig før man besetter roller, nemlig å gjennomføre en «audition» der flere aktører i tillegg til legene kan melde seg på. Så kan legene spille hovedrollen i det de er gode til; å forebygge og behandle *sykdom*.

Det skjer en sakte utvikling i kommunene, og enkelte kommuner har ansatt egne helsesjefer eller folkehelsekoordinatorene. Jeg har tillatt meg å beskrive legenes rolle nokså generelt og kategorisk her. Det hører med til historien at mange norske leger og samfunnsmedisinere har vært blant de første og sterkeste kritikerne til legenes rolle i dagens folkehelsearbeid.

Litteratur

1. Wilcox AJ. Snow in September. *Epidemiology*, 2004; 15: 513.
2. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*, bind 2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
3. Kogstad RE. *Miljørettet helsevern. Folkehelse, forebygging og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget, 2002
4. NOU 1998:18 *Det er bruk for alle*.
5. NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle*.
6. Nordby H. En enhetlig eller en mangfoldig forståelse av sykdom? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2004; 124: 201-2.
7. Hofmann B. Trenger helsevesenet sykdomsbegrepet? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2003; 123: 487-90.
8. Fugelli P, Ingstad B. Helse – slik folk ser det. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2001; 121: 3600-4.
9. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *Int J Epidemiol*, 2002; 31: 1183-91.
10. Schou MB, Krokstad S, Westin S. Hva betyr selvpålevd helse for dødeligheten? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2006; 126: 2644-7.

11. Wildavsky A. Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy. *Daedalus*, 1977; 106, 105-23.
12. Folkehelseinstituttet: *Meldingssystem for smittsomme sykdommer, MSIS-rapport 2002*; 30: 19.
13. Folkehelseinstituttet: *Helsetilstanden i Norge, kreft*. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70807::1:6043:13:::0:0
14. Steinsbekk A, Adams J, Sibbritt D, Jacobsen G, Johnsen R. The profiles of adults who consult alternative health practitioners and/or general practitioners. *Scand J Prim Health Care*, 2007; 25: 86-92.
15. Ihlebæk C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med*, 2007; 57: 43-9.
16. Illich I. The medicalization of life. *J Med Ethics*, 1975; 1: 73-7.
17. Mykletun A, Heradstveit O, Eriksen K, Glozier N, Øverland S, Maeland JG, Wilhelmsen I. Health anxiety and disability pension award: The HUSK Study. *Psychosom Med*. 2009; 71: 353-60.

Camilla Ihlebæk

camilla.ihlebak@umb.no

Helse UMB, Forskergruppe for natur helse og livskvalitet

Universitet for Miljø og Biovitenskap (UMB)

IHA,

Pb 5003,

1430 Ås

og

Forskningsenhet for stress, helse og rehabilitering,

Unifob helse,

Bergen

Legens rolle i ulykkesforebygging, sentral eller marginal?

Michael 2009;6:402–10.

Gjennom det kurative arbeidet får allmennpraktikeren, bedriftslegen og skadekirurgen innsikt i sammenhengen mellom pasientens skade og lokale miljøfaktorer. Disse erfaringene bør både primærlegen og sykehuslegen systematisere og bruke som grunnlag for forebyggende arbeid i nærmiljøet. For at skaderegisteret som nå innføres ved alle norske sykehus skal fungere bra, er det vesentlig at sykehuslegene støtter og følger opp registreringen. Sykehuslegenes bidrag i det skadeforebyggende arbeidet er for øvrig formalisert fra år 2000 i den nye loven om spesialisthelsetjenesten.

Legeerklæringene om dødsulykker har i dag en altfor stor grad av uoppgett skadested og aktivitet i skadeøyeblikket (kap XX i ICD 10). Her har legene en stor rolle i å kunne forbedre statistikken over dødsulykker.

En lege som ikke selv har mulighet til å drive aktiv forebygging, bør være premissleverandør til samfunnsmedisinere og andre i kommunen, i fylket eller på sentralplanet som har ansvar for dette. Ved å ha tilgang til et godt overvåkingsregister vil samfunnsmedisinere og kommuneleger ha en viktig rolle å spille med hensyn til overvåking av ulykkesbildet. Disse legene vil ha muligheter i sitt folkehelsearbeid å initiere og gjennomføre forebyggende aktiviteter som kan redusere det store helseproblemet som ulykkesskader utgjør. Samfunnsmedisinere er og vil fortsatt være sentrale i samfunnets skadeforebyggende arbeid.

Ulykkesskader – et stort helseproblem

Målt i tapte leveår er ulykkesskader i Norge et helseproblem nesten i samme størrelsesorden som kreft. Kreften stjeler flere leveår hos de eldre, mens ulykkene i større grad rammer de yngre. 34 % av alle dødsfall hos norske barn 1-14 år skyldes ulykker (1).

Statistikk fra forskjellige helseregistre viser at hver dag vil ca. 1400 personer i Norge bli behandlet av lege for en skade (årlig ca. 515 000 eller 10-11 % av befolkningen). Av disse 1400 personene vil 1300 (93 %) ha vært utsatt for en ulykkesskade, 70 for en voldsskade (5 %) og 30 for en selvpåført skade (2 %). Av de daglige 1300 ulykkesskadde dør 4-5, 140 blir lagt inn på sykehus, 80 blir mer eller mindre permanent uføre og 3-4 blir uførepensjonert. I tillegg til tapte og ødelagte liv, er det beregnet at ulykkesskadene koster det norske samfunn ca. 150 milliarder kroner årlig i tapt produktivitet, helsetjenester og velferdstap (1).

Ulykkene skjer på alle arenaer og til alle døgnets tider, hver dag. De skjer i trafikken, på arbeidsplassen, i skolen, barnehager og lekeplasser, i sport og idrett, på tur i skog og mark, på sjøen og under bading, hjemme og på sykehjemmet.

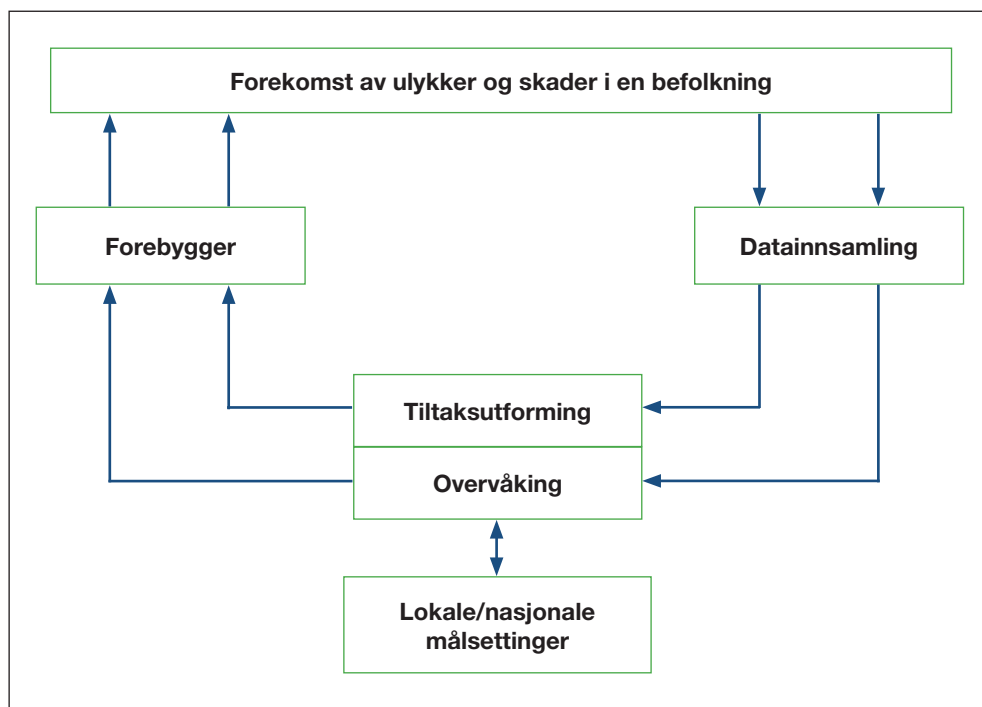
Skadeforebygging er et utpreget tverrfaglig felt. Det er mange aktører på dette feltet, både innenfor og utenfor helsevesenet, både innenfor og utenfor myndighetsområdet. Det er ingen som har ansvaret for helheten. Det er en av grunnene til at det ulykkesforebyggende arbeidet er fragmentert og har liten framdrift. Helse- og omsorgsdepartementet utarbeider nå (juni 2009) en nasjonal strategisk plan for ulykkesforebygging i samarbeid med 11 andre departementer. Utfordringen er å samordne feltet og drive det fremover.

En epidemiologisk forebyggende modell

Farer er opprinnelsen til ulykkesskader. En fare er en ytre energikilde eller en gjenstand som forårsaker eller kan forårsake skade. Risiko brukes ofte synonymt med fare. De fleste farer er rimelig banale. Vi er trent i og vant med å mestre dem, slik som en bratt trapp, et glatt gulv, en skarp kniv, kjøring på smale og svingete veier etc.

Vi forebygger ulykker ved å fjerne eller modifisere farer og/eller ved å trene mennesket opp i å mestre farene. Å mestre farer er en viktig del av livet. Å stå utfor en bratt fjellside på ski gir stor glede. Men det kan også gi stor smerte og sorg dersom utforkjøringen ender i et stup man ikke var forberedt på. Denne dobbeltheten i risikotaking er en utfordring når man planlegger og gjennomfører forebyggende tiltak. Det er en stadig tilbakevendende diskusjon om hvor grensen går mellom utfoldelse og beskyttelse, særlig når det gjelder barn.

Vi forebygger ulykkesskader ved å vite og å handle (1). Dette skjer ved å få kunnskap om omfanget av ulykkesskadene, om hvordan ulykker skjer og om hvordan de kan forebygges. Deretter gjennomføres de foreslåtte forebyggende tiltak, og det evalueres om de har gitt den ønskede effekt.



Figur 1: En epidemiologisk skadeforebyggende modell (etter Frerichs (2), s. 259)

En enkel epidemiologisk modell viser hovedaktivitetene innen ulykkes- og skadeforebygging.

Leger kan ha både sentrale eller mer marginale roller i alle de fire hovedaktivitetene i figur 1:

- 1) datainnsamling
- 2) overvåking
- 3) tiltaksutforming
- 4) forebygging

Datainnsamling

Det er mange kilder hvor data kan samles inn om ulykker og skader. *Trafikkulykker* rapporteres av politiet og forsikringsselskap, *arbeidsulykker* av arbeidsgiver, verneombud, NAV og til dels forsikringsselskap, *brannulykker* av brannvesenet og forsikringsselskap.

Når en person er skadet og trenger legebehandling, er det helsevesenet som blir den viktigste datakilde, siden alle eller nesten alle legetrengende skadde oppsøker lege. Det er påvist at både politiets trafikkulykkesregister og Arbeidstilsynets register over ulykker med personskader har ca. 60 % underregistrering i forhold til registrering av legebehandlede ulykkeskader (3,4). For å få et mer komplett bilde er derfor helsevesenet en unik datakilde. Skadetyper som imidlertid ikke blir registrert i et legebasert register, er tannskader og skader som behandles av fysioterapeut og liknende profesjoner. Så heller ikke en legeorientert registrering av ulykkeskader vil gi et komplett bilde av ulykkeskadeomfanget.

Overvåking og tiltaksutforming

I figur 1 er vist to typer datainnsamling: a) for overvåking og b) for tiltaksutforming. Den *overvåkende innsamlingen* går ut på å få oversikt over skadebildet og å kunne følge utviklingen over tid. Hvor mange ulykker av de forskjellige hovedtyper er det årlig? Går antall ulykkeskader opp eller ned? Virker våre forebyggende tiltak? Gjennom de siste 30-40 år er det gjennomført mange registreringer av ulykkeskadde i helsevesenet både i Norge og internasjonalt (5). En av de tidligste skaderegistreringer i et lokalsamfunn i Norge ble gjort av Gunnar Tellnes da han var lege på Værøy (6) og av sykehusleger som Inggard Lereim i Trondheim (7) og Børge Ytterstad i Harstad (8). Den siste registreringen var en del av det nasjonale skaderegisteret ved Nasjonalt folkehelseinstitutt som fungerte i perioden 1990 – 2003 (9). Alle disse registreringer har gitt gode oversikter over skadebildet og det er ikke minst utviklet registreringsmetoder og klassifikasjoner som har vært en basis for utviklingen av det nye nasjonale skaderegisteret som nå gjennomføres eller skal gjennomføres ved alle sykehus i Norge, som en del av Nasjonalt pasient register (NPR).

Her er det utviklet et minimums datasett (MDS) som registreres av resepsjonspersonale når en skadd pasient ankommer sykehuset, både for innleggelse og for poliklinisk behandling. Det er også planlagt at de kommunale legevaktene i Oslo, Bergen og Trondheim skal registrere dette MDS i sine elektroniske journalsystemer. Når denne registreringen vil fungere og ha en tilstrekkelig høy kvalitet på komplettethet, vil Norge ha et system for overvåking av ulykker og skader i befolkningen som vil være blant de fremste i verden. De tidligere nevnte pionerer har bidratt vesentlig til at dette er blitt virkelig.

For at et fremtidig skaderegister i Norge skal fungere bra, er det vesentlig at sykehuslegene tar en viktig rolle i dette arbeidet, som tilrettelegger, oppfølger og også for å sørge for god kvalitet på diagnosesettingen, som er en viktig del

av MDS. Sykehuslegenes bidrag i det skadeforebyggende arbeidet er for øvrig formalisert fra år 2000 i den nye loven om spesialisthelsetjenesten.

De som dør av skadene blir registrert ved hjelp av dødsmelding som fylles ut av lege. Dette er grunnlag for statistikken om den mest alvorlige skadetypen. Det viser seg at mange dødsmeldinger er for dårlig utfylt, særlig 4. og 5 siffer i kapitel XX i ICD-10 (skadested og aktivitet i skadeøyeblikket). I statistikken fra SSB over dødsulykker i 2007 mangler steds-koden i 45 % av alle ulykkesdødsfall (N=1827), og hele 92 % av aktivitetskodene er uoppgitte. Ved en bedre utfylling kan vi bli i stand til å gjennomføre en valid opptelling av de som dør i de forskjellige ulykkestyper, for eksempel i sportsulykker. Det kan vi ikke nå. Siden det er leger som fyller ut døds-meldinger, er legenes rolle meget sentral med hensyn til å forbedre informasjonen om ulykker og skader som vi får fra disse.

Den andre typen datainnsamling, *innsamling for tiltaksutforming*, går ut på å avdekke og forstå årsaker til ulykkene. Da vil vi kunne utforme forebyggende tiltak. For at det skal skje, må det samles inn vesentlig flere detaljer om bakgrunn for og forløp av ulykkes- og skadehendelsen enn det er tid til i et overvåkingssystem.

Også her er helsevesenet en viktig datakilde ved at pasienter kan intervjues om forløpet av ulykken og skaden. Det er mange eksempler på gjennomføring av såkalte «dybdestudier» i helsevesenet (10). Ved St. Olavs Hospital i Trondheim ble det nye skaderegisteret testet i 2007-8. Det ble også gjennomført flere dybdestudier, blant annet en om stillasulykker og en annen om ulykker med spikerpistol (11). Da ble relevante pasienter spurt ut om ulykken av ekstrapersonale ved hjelp av et spørreskjema på 3-4 sider. De innsamlede data ble analysert i en ekspertgruppe for å finne frem til forebyggbare årsaker til disse ulykkene.

I en slik registrering vil leger i sitt daglige arbeid ikke ha en så stor rolle, siden det ikke forventes at en slik utspørring skal kunne gjennomføres ved sykehus eller legevakt i det daglige arbeidet. Slike prosjekter gjennomføres oftest som spesialprosjekter med dertil ansatt personale. Det er imidlertid eksempler på flere slike studier som er utført av leger (6, 7, 8, 12,13). Noen av disse er gjennomført av kommuneleger med interesse for skadeforebyggende arbeid, og i legepraksis hvor det er muligheter for å spørre pasienter ut om bakgrunn for og forløpet av ulykkes- og skadehendelsen.

Overvåking

Overvåkingsverktøyet er tilgjengelig når innsamling av lokale, regionale eller nasjonale overvåkingsdata gir valide oversikter over skadebildet og dets utvikling. Disse kan sammenliknes med målsettinger man måtte ha

fastsatt for eventuelt å utløse handlinger som vil bidra til å redusere omfanget.

Det er nå vedtatt en nullvisjon for trafikkulykker i Norge – at det ikke skal være noen dødsfall eller livsvarig skadde på veiene i Norge. Denne visjonen ansees av mange som umulig å oppnå. Den har imidlertid vist seg å være retningsgivende for trafikksikkerhetsarbeidet i de senere årene ved at det er blitt mer fokus på hva slags skader det er som dreper eller gir livsvarige skader. Dette er bakgrunnen for at det for eksempel er satt opp midtdeler på trafikkerte hovedveier med høy hastighet for å unngå kollisjoner. Vi ser også hele tiden hvordan utviklingen i antall dødsulykker i trafikken kommenteres i forhold til visjonen.

Når det gjelder de livsvarige skadene, har vi ennå ikke et godt nok verktøy for å kunne gi et valid anslag over disse, siden politiets register har så stor underregistrering, sannsynligvis også for de livsvarige skadene. Det arbeides nå med å utvikle alvorlighetsindikatorer basert på utskrivningsdiagnosene for bedre å kunne anslå dette tallet.

Ved å ha tilgang til et godt overvåkingsregister vil samfunnsmedisinere og kommuneleger ha en stor rolle å spille med hensyn til overvåking av ulykkesbildet. Disse legene vil ha muligheter i sitt folkehelsearbeid å initiere og gjennomføre forebyggende aktiviteter som kan redusere det store helseproblemet som ulykkesskader utgjør. Vi har minst fire eksempler på hvordan leger sto for en slik overvåking og i samarbeid med relevante myndigheter og organisasjoner satte i verk forebyggende tiltak, på Værøy (6), i Harstad (8), i Os i Østerdalen (12) og innen trafikksikkerhetsarbeidet (7).

Tiltaksutforming

Datainnsamling som bakgrunn for å utforme tiltak er gjerne spesialstudier eller forskingsprosjekter. Et eksempel er en dybdestudie av 50 alvorlige arbeidsulykker i bygge- og anleggsbransjen i Oslo i 2003 (13). Her ble detaljerte ulykkesbeskrivelser (halvparten med foto fra åstedet) lagt fram for en tverrfaglig arbeidsgruppe som utviklet forslag til hele 42 forskjellige tiltak. Disse ble oversendt respektive myndigheter til vurdering for gjennomføring. Legen som gjennomførte dybdestudien, var også med i denne gruppen.

De profesjoner eller personer som vil komme opp med de beste og mest realistiske tiltaksforslag, er de som kjenner forholdene godt og kjenner de bakenforliggende faktorer på ulykkesstedet. I dette eksemplet var det rutinerne arbeidsulykkesinspektører og representanter fra bransje- og fagforeninger. Legers rolle i slike studier vil først og fremst være å initiere studier ved legevakt og sykehus, og å bidra til å gjennomføre dem.

Forebygge

I følge Frerichs (2) er en forebygger en person eller et kontor med administrativ vilje og politisk makt til å handle. Basert på overvåkings- og tiltaksdata kan en forebygger initiere og iverksette tiltak for å redusere ulykkeshyppighet.

Ulykkesskadefeltet er et helseproblem med kort avstand mellom årsak og virkning. Vi vet mye om omfang og virkemidler. Vi har mange faktabaserte intervensjoner som er evaluert. Analyser av 249 intervensjoner fra hele verden viste at holdningsendrende tiltak som brosjyrer, massemedia, filmer brukt alene ga liten forebyggende effekt (5). Effekten økte når kommunikasjonen var mer personlig, interaktiv og ble repetert.

Bruk av atferdsendrende tiltak som belønninger ga i mange tilfeller positiv effekt, mens andre atferdsendrende tiltak som trening og opplæring ga mindre positiv effekt. Det viste seg at man i flere tilfeller lærte opp tenåringer til falsk trygghet. De trodde de mestret bilen eller mopeden, men hadde flere ulykker enn kontrollgrupper uten opplæring. En tilsvarende effekt ga de tidlige glattkjøringskursene i Norge.

Strukturendrende tiltak som bruk av lover, endring av miljøet (for eksempel dumper i veien), økonomisk støtte til sikkerhetsutstyr etc. viste sterke positive effekter.

De sterkeste effektene fikk man når man brukte en *kombinasjon* av to eller av alle tre forebyggende tiltakstyper (holdnings-, atferds- og strukturendrende) samtidig (orkestrering).

Lokalsamfunnsbaserte intervensjoner, som nesten alltid bruker en slik kombinasjon av tiltakstyper, viste positiv effekt. I Norge er både Værøy (6), Harstad (8), Os i Østerdalen (12) og bydelen Stovner i Oslo (14) eksempler på dette. Alle disse fire lokalsamfunnene har brukt prinsippene i det internasjonale konseptet «Safe Community» eller «Trygge lokalsamfunn» som det kalles i Norge (15), og fått redusert antall ulykkesskader i lokalsamfunnet signifikant.

Kunnskapen om effektive faktabaserte intervensjoner er blitt formidlet til helsepolitiske beslutningstakere. Iblant tas det politiske initiativ til forebyggende tiltak. Det er ikke minst beslutninger innen andre politikkområder som gir resultatene, som for eksempel i bolig-, trafikk- regulerings- og arbeidslivspolitikken. Derfor er en av helsevesenets viktigste oppgaver å *formidle kunnskap* om omfanget og utviklingen av ulykkesskader til de sentrale og lokale myndigheter som har de forebyggende verktøyene. Og forebygging nytter, for eksempel viser statistikken over barneulykkesdødsfall en nedgang på hele 83 % fra 1950 til 2000!

Men kunnskap er ikke nødvendigvis makt! Det er mange eksempler på at kunnskap ikke medfører politisk handling. Ett av dem er forebygging av

hoftebrudd blant eldre. Til tross for at det i en årrekke er lagt fram data for byråkrater, stortingspolitikere, Stortingets sosial- og helsekomité og helseministre om omfang og utvikling av hoftebrudd i befolkningen og vist til både norske og internasjonale intervensjoner som gir lønnsom effekt, er det ikke gitt nødvendige midler til å gjennomføre en slik forebygging (16). Det tas ikke alltid initiativ til å gjennomføre tiltak basert på kunnskap. Det er mange konkurrenter om knappe forebyggende midler. Men om handling ikke skjer i dag, så kan den skje i morgen. Det er derfor hele tiden nødvendig å samle inn kunnskap om ulykkesomfang og utvikle forslag til effektive forebyggende tiltak for at det ulykkesforebyggende arbeidet skal videreutvikles.

Hva med legene?

Legenes rolle er mest sentral når det gjelder *innsamling av kunnskap* om skadebildet og utviklingen og å *fremme denne kunnskapen* for dem som tar beslutninger om å iverksette forebyggende tiltak.

Skadeforebygging er teamarbeid. Legen kan spille en vesentlig rolle i det tverrsektorielle og flerfaglige samarbeidet, særlig dersom legen har interesse for epidemiologi og samfunnsmedisin eller har folkehelseutdanning. Tverrfaglig samarbeid er morsomt, inspirerende og lærerikt.

Legens sosiale og faglige legitimitet vil også telle når beslutninger tas om prioritering av ressurser med betydning for sikkerheten: Skal for eksempel kommunen ta utgiften med å bygge gang- og sykkelsti langs den nye innfartsåren? I tillegg har legen et bedre ståsted enn de fleste til å oppfatte og formidle til samfunnet det kvalitative aspektet av ulykkeskader og deres ringvirkninger. Slik formidling er viktig fordi det motvirker uvitenhet og likegyldighet. Selv etter årtier i faget blir man aldri uberørt av scenariet på skadestuen med den multitraumatiserte pasienten – smerte og frykt, ikke bare hos pasienten, men også hos pårørende og andre involverte (1).

Litteratur

1. Lund J, Ytterstad B, Tellnes G. Ulykker og skader kan forebygges. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. red. *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008:229-241.
2. Frericks RR. Epidemiologic surveillance in developing countries. *Annu Rev Publ Health* 1991;12:257-80.
3. Elvik R, Vaa T. *The Handbook of Road Safety Measures*. Amsterdam: Elsevier. 2004.
4. *Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse. Faktaoverblikk: Arbeidsmiljø og helse, status og utviklingstrekk*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt. 2007.

5. Lund J. *Epidemiology, Registration and Prevention of Accidental Injuries*. [doktorgradsavhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, 2004.
6. Tellnes G. An evaluation of an injury prevention campaign in general practice in Norway. *Fam Pract*. 1985;2:91-3.
7. Lereim I. *Traffic accidents and their consequences. A study on injured road-users treated at the Regional Hospital of Trondheim* [doktorgradsavhandling]. Trondheim: Universitetet i Trondheim, 1984.
8. Ytterstad B. *The Harstad injury prevention study: hospital-based injury recording and community-based intervention* [doktorgradsavhandling]. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1995.
9. Guldvog B, Thorgersen A, Ueland Ø. *Ulykker, vold og selvpåført skade*. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1992.
10. Nordisk Ministerråd (NM). *Felles nordiske dybdestudier av produktulykker*. København: NM; 1991.
11. Lund J, Wergeland E, Lyse T, Tellnes G. Identification of occupational risk factors by interviewing injured workers in an out-patient clinic. Artikkel utkast, vil bli sendt høst 2009 for publisering i *Safety Science*.
12. Lund H. Recording of injuries in a small community by a general practitioner. I: Lund J, Beier RM, Olsen BO, red. *Injury registration for monitoring and prevention: experiences and challenges: Proceedings of an international seminar; 2001 Jun 14-15*; Oslo. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2002. s. 65-71. Tilgjengelig fra: www.safecommunity.no/cparticle55892-8188b.html
13. Gravseth M, Lund J, Wergeland E. Risikofaktorer for ulykkesskader i bygge- og anleggsbransjen. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 4, 2006; 126:453-6.
14. Steihaug S, Nafstad P, Vikse R, Beier RM, Tangen T. Forebygging av lårhalsbrudd i Oslo, Stovner bydel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118:37-9.
15. Ytterstad B. Verdien av skadeforebygging i Norge etter "Safe Community"-modellen i Harstad. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119:68-70.
16. Lund J. *30 år som skadeforebygger. Erfaringer fra suksesshistorier og tilbakeslag. Visjoner om nye strategier og forebyggende samarbeidstiltak*. Avslutningsforedrag i Skadeforebyggende forum 29. april 2008

Johan Lund
 johan.lund@medisin.uio.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo

Til *Vidunderlige nye verden* – på blå resept?

Michael 2009;6:411–8.

Romanen Vidunderlige nye verden (Aldous Huxley 1932) skildrer et velorganisert og problemfritt framtidssamfunn. Krig og fattigdom er historie. Fri sex, følekino og moderne legemidler sørger for at befolkningen er lykkelig og tilfreds. De mest populære legemidlene er prevensjonstyggegummi og lykkepillen Soma som gir behagelige fantasier og fjerner både smerter og dårlige minner.

Mens innbyggerne i Huxleys framtidssamfunn var evig unge inntil de brått ble «resirkulert» i 60-årsalderen, har befolkningen i våre industrialiserte land i dag kunnet legge ekstra år til livsløpet takket være moderne farmakoterapi. Legemidlene holder kronisk syke funksjonsdyktige og selvhjulpne mye lenger nå enn tidligere. Det er derfor riktig av solidariske velferdssamfunn å satse ressurser på å gjøre nødvendig legemiddelbehandling tilgjengelig for alle – uavhengig av personlig økonomi og sosial status. I Norge skjer dette gjennom blåreseptordningen.

Selv om vi i hovedsak bruker legemidler til å behandle sykdommer og plager, går utviklingen klart i retning av mer forebyggende farmakologisk behandling og at stadig flere av livets områder blir regulert ved hjelp av medikamenter.

Milliardomsetning

I Norge ble det i 2008 omsatt legemidler for vel 17 milliarder kroner. Nær 90 % var reseptpliktige, hvorav halvparten finansieres gjennom blåreseptordningen, en tredel betaler pasientene selv mens resten dekkes av sykehus, sykehjem mv. I tillegg omsettes kosttilskudd, vitaminer, mineraler og natur(lege-)midler for flere milliarder kroner årlig. Det illegale legemiddelmarkedet utgjør også milliardbeløp.

Diagnose: risiko

Foruten allmennfarlige smittsomme sykdommer, var blåreseptordningen opprinnelig tiltenkt behandling av manifest, kronisk sykdom. Men ganske

snart ble også enkelte *risikofaktorer* for sykdom sidestilt med sykdom. Dette gjaldt i første rekke forhøyet blodtrykk og kolesterol. Mens utvidelsen primært rettet seg mot personer med spesielt høy risiko, er tendensen nå at stadig lavere risiko på flere områder behandles med medisiner på blå resept.

Det er vanlig å snakke om primær, sekundær og tertiær forebygging. Grensene mellom dem er flytende.

Tertiær forebygging motvirker forverring og komplikasjoner av eksisterende sykdom gjennom optimal behandling. Eksempler er anfallsforebygging av epilepsi, migrene eller podagra.

Sekundær forebygging med legemidler er aktuelt ved sykdomstegn eller gjennomgått sykdom der det er økt risiko for ny, tilsvarende sykdom. Betablokker reduserer for eksempel risikoen for at tidligere hjerteinfarktpasienter får nye infarkt.

Primær forebygging er det når friske uten tegn til sykdom behandles for å redusere framtidig statistisk risiko for sykdom. Mange ubehandlede ville aldri fått sykdommen, men det er umulig å si på forhånd hvem som trekker «vinnerloddet» og hvem som behandles unødvendig.

Blodtrykket – kampen om behandlingsgrensene

Fastsetting av hvilke reseptbelagte legemidler som skal betales via blåreseptordningen skjer under lobbyvirksomhet både fra medisinske fagmiljø, pasientorganisasjoner og legemiddelindustrien. Mens toneangivende kardiologer, godt hjulpet av farmasøytisk industri, stadig har argumentert for å senke grenseverdiene for når blodtrykk og kolesterol skal behandles, har allmenn- og samfunnsmedisinere vært mer tilbakeholdne og argumentert for å prioritere de med høyest risiko.

Faglig uenighet om tolkning av forskningslitteraturen her har enorme konsekvenser for hvor stor andel av befolkningen som skal regnes som friske eller som «pasienter» (1). Grensene har også store konsekvenser for ressursbruken i helsevesenet – og for fortjenesten til legemiddelindustrien. Norske retningslinjer (2009) for forebygging av hjerte-karsykdommer, understreker at preventiv behandling skal baseres på individuell totalrisiko, ikke på enkeltfaktorer som blodtrykket. Og framtiden? Siste forslag på området er like godt å behandle *hele* befolkningen over en viss alder (2)

Gentester som avdekker individuelle anlegg for framtidig sykdom, åpner uante muligheter for forebyggende legemiddelbehandling: «*en pille mot alt som kan tenkes å bli ille*». Fordi mortaliteten stadig er 100 % og alle har i seg risikofaktorer for sykdom og død, nærmer vi oss at definisjonen på frisk, blir ikke å være godt nok undersøkt!

I stedet for å bruke piller kan det ofte være mer logisk å legge om personlig livsstil: spise eller drikke mindre, stumpe røyken, være mer i fysisk aktivitet. Mens slike alternative tiltak bekostes av den enkelte, er piller på blå resept nesten gratis. Dette favoriserer legemiddelbruk og påvirker våre valg av tiltak for styring av helsa.

Markedsføring

I 2003 estimerte Legemiddelverket at farmasøytisk industri i Norge brukte rundt en halv milliard kroner årlig til markedsføring. Et stort korps av konsulenter besøker regelmessig legekontorene og arrangerer informasjonsmøter. Konsulentene legger vekt på de positive egenskapene til midlene, mens bivirkninger og forsiktighetsregler ofte underkommuniseres (3).

I 2005 bestemte Legeforeningen at kurs med medvirkning fra eller nærvær av farmasøytisk industri ikke kan godkjennes som tellende i legers videre- eller etterutdanning. De fagmedisinske foreningene fikk heller ikke lenger anledning til å bli sponset av industrien, noe som til da var svært utbredt.

Industrien setter mye inn på å styre forbruket over på de nyeste, patenterte midlene, fordi dette øker inntektene. Når patentperioden nærmer seg slutten, er det viktig for dem å ha et nytt, originalpreparat klart som arvtaker, ofte bare en kjemisk variant av «forrige modell». Tilsynelatende svært gunstig bivirkningsprofil for helt nye medisiner avspeiler ofte bare begrenset bruk.

Markedsføringen gjør trolig at leger i så stor grad velger «siste modell», selv om dette påfører samfunnet og helsebudsjettene store og ofte unødvendige omkostninger. Å skrive ut et nytt og kostbart middel har nemlig ikke økonomiske konsekvenser, verken for lege eller pasient. Norske blodtrykkspasienter får i stor grad utskrevet de nyeste og mest kostbare midlene på markedet.

Legenes terapeutiske frihet har vært forsøkt innskrenket som ledd i myndighetenes forsøk på å kontrollere legemiddelutgiftene. Kravene til diagnostisk dokumentasjon er skjerpet om man fraviker anbefalt behandling av eksempelvis forhøyet blodtrykk og kolesterol eller ved obstruktive lungesykdommer. Slike administrative tiltak lykkes bare delvis, siden leger kan tilpasse diagnose til forskrivning – i stedet for omvendt.

«Framfor alt ikke skade» – legemidler som årsak til sykdom og død

På et norsk universitetssykehus undersøkte man i perioden 1993-1995 hvor stor andel av alle dødsfall på medisinsk avdeling som helt eller delvis skyldtes

legemiddelbehandlingen (4). Sentralt i arbeidet var blodprøver tatt før og etter døden, obduksjon, samt en bred vurdering av alle tilgjengelige opplysninger i en «pasienthavarikommisjon». I toårsperioden ble det lagt inn omkring 14 000 pasienter, hvorav vel 700 døde. Av disse var åtte innrapportert som sannsynlig legemiddelrelaterte dødsfall. Undersøkelsen avdekket 125 nye tilfeller, det vil si mellom hvert femte til sjette dødsfall, eller nær 1 % av alle innleggelser. Ekstrapolert tilsvarer dette rundt 3000 årlige dødsofre på landets medisinske avdelinger. I tillegg kommer legemiddelrelaterte dødsfall på andre sykehusavdelinger, i sykehjem og ute i samfunnet.

En svensk undersøkelse har nylig estimert at fatale legemiddeleffekter utgjør rundt 3% av alle dødsfall i befolkningen (5).

At bare en så liten andel av legemiddelindusert sykdom og død erkjennes og meldes til Legemiddelverket, gjør at helsetjenesten ikke tar inn over seg den sykелighet og død legemidlene påfører befolkningen.

Innenfor de fleste terapiområder er det avdekket store potensialer for å kvalitetsforbedre diagnostikk og behandling. Å gripe fatt i dette gjennom systematisk tilnærming, er en viktig utfordring for helsetjenesten både i og utenfor sykehus. Men økende fragmentering innen helsevesenet bidrar til at enkeltspesialister bare behandler «sin» sykdom uten å skjule til hvordan dette virker inn på helheten. Desto viktigere er det at fastlegene ivaretar helhetsperspektivet og koordinerer og balanserer alle enkeltintervensjoner i forhold til behandlingsmål og pasientens totalsituasjon.

Tøyelige indikasjoner

I klinisk praksis gis ikke sjelden legemidler for diagnoser eller til pasientgrupper der middelet ikke er godkjent. Både i pediatrien og i geriatrien skyldes dette ofte mangelfullt kunnskapsgrunnlag. I pediatrien fordi kontrollerte legemiddelstudier hos barn er etisk problematiske, i geriatrien fordi geriatrike pasienter med mange sykdommer vanligvis ekskluderes fra studiene. Klinikeren må derfor anta effekter som er basert på studier hos ikke sammenlignbare pasienter.

Landets største institusjonsnivå, sykehjemmene, kjennetegnes av svake medisinske fagmiljø og av institusjonsavhengige behandlingskulturer som kan avvike mye fra faglige retningslinjer (6). For eksempel er det vanlig å «roe» demente ned gjennom permanent bruk av antipsykotika – selv om dette bare er godkjent for kortvarig bruk.

Er man først satt på en fast behandling, skal det ofte mye til å avslutte denne. Det er ingen sjeldenhet å bli behandlet med antidepressiva selv om depresjonen bare har historisk interesse. Eller at man fortsatt tar blodtrykks-piller selv om blodtrykket er blitt faretruende lavt.

Mangelfull oversikt av hvilke medisiner pasienten egentlig tar, og fravær av rutiner for legemiddelgjennomganger (7), bidrar til at mange både får unødvendig og skadelig behandling.

Når et nytt legemiddel lanseres i markedet, er som regel de medisinske indikasjoner for bruken strengere enn det som blir vanlig praksis når middelet har «gått seg til» i markedet. For eksempel ble sildenafil (Viagra) lansert som et middel ved manglende ereksjonsevne på grunn av nevrologisk eller metabolsk sykdom. Men det gikk ikke lenge før dette og tilsvarende ble en «styrkemedisin» mange friske ønsket seg – trolig inspirert av prestasjoner som på «voksenfilm».

Benzodiazepiner anbefales hovedsakelig brukt intermitterende i korte perioder, men tas ofte kronisk. Da utvikles en toleranse for virkningen i form av seponeringsabstinens, som til forveksling er lik symptomene man forsøkte å døyve da middelet opprinnelig ble ordinert. Et tilsvarende eksempel er når kronisk forbruk av hodepinemidler gir «medication overuse headache».

Rus og dop

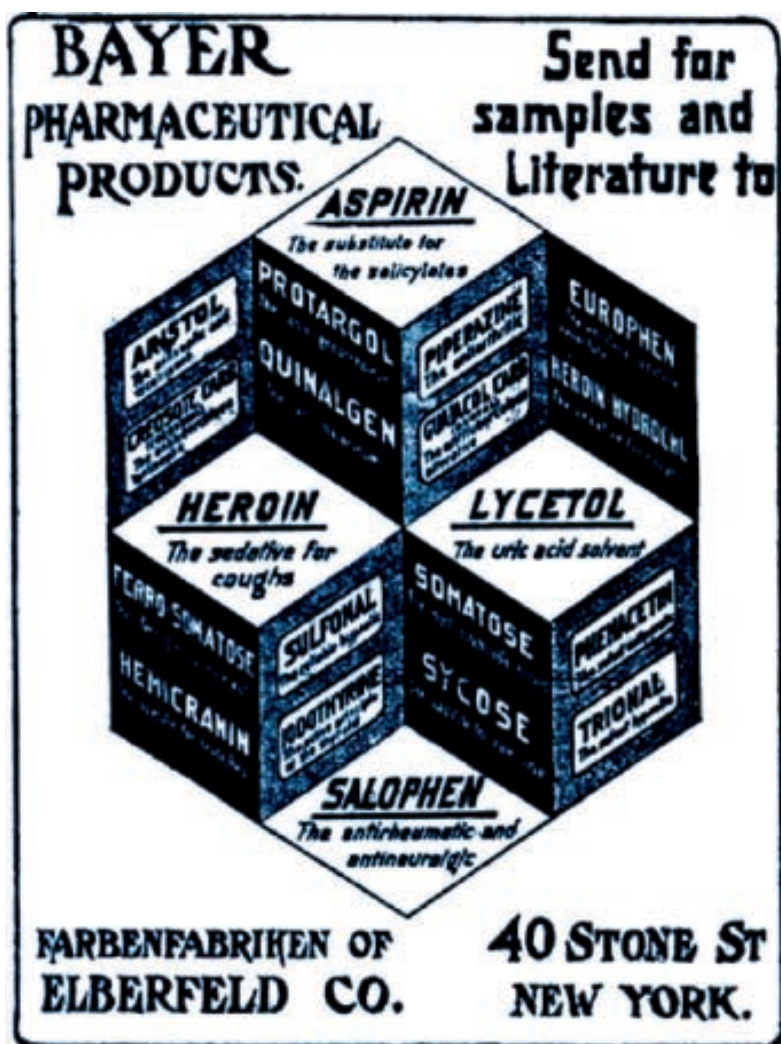
De fleste illegale rusmidler er i utgangspunktet legemidler. Heroin ble i sin tid lansert som et fremragende middel mot hoste (Figur 1). Søvnmiddelet flunitrazepam (Rohypnol ®) gir rus og virker agiterende i større doser og er derfor populært blant rusmisbrukere. Grensen mellom medisinsk forsvarlig bruk og misbruk er flytende. Markedet forsynes både via legal forskrivning, illegal import og smugling. Dette gjelder også sentralstimulerende legemidler innen amfetamingruppen. I økende grad benyttes disse i behandlingen av atferdsdiagnoser som i prinsippet er sosiokulturelle, mentale konstruksjoner. Det er spesielt grunn til å være på vakt mot inflasjon i bruken av syndromdiagnoser innenfor en spesialisert og fragmentert helse-tjeneste når behandlingen er risikabel.

«En pille for alt som er ille»

Prevensjonspillen har lenge gjort at man ikke trenger å bekymre seg for at seksualleken medfører uønsket svangerskap. Nå finnes også angrepillen for den som er etter snar. Både klimakterieplager og mer eller mindre impotens kan langt på vei håndteres medikamentelt. Og klarer man ikke å holde vekten i sjakk gjennom måtehold ved matfatet, finnes «slankepiller» som påvirker sultsenteret i hjernen eller som hemmer næringsopptaket fra tarmene.

Legemidler kan regulere blære- eller tarmfunksjonen eller redusere nikotinsuget hos den som vil stumpe røyken.

Prestasjonskrav og dopingkultur i deler av idretten har for alvor satt fokus på at medisiner kan fremme økt yteevne og utholdenhet. Herfra spres



Figur 1: Mange illegale rusmidler har tidligere vært legale legemidler. Så også for heroin som på slutten av 1800-tallet ble markedsført som et utmerket hostemiddel.

også budskapet om at det er avlegs å ta tida til hjelp så lenge man kan behandles straks og komme enda raskere tilbake. Nye midler får oss til å fungere optimalt innenfor stadig flere av livets områder. Behandlingsmulighetene endrer samtidig synet på hva som er normalt og hva som er sykt. Her fører legemiddelindustrien an - om nødvendig ved å opprette pasientorganisasjoner som gir en aktuell ny lidelse ansikt og talerør.

Ekspansjon av terapiområdene nærer samtidig indirekte opp under en teknologisk optimisme om at det finnes en farmakologisk motgift mot nær sagt de fleste av livets plager («en pille for alt som er ille»). I forlengelsen av dette ligger faren for terapeutisk aktivisme, kjennetegnet av farmakologisk symptomslukking og hvor legemiddelordinerings reduseres til reflekshandlinger trigget av «indikasjoner» som ikke er basert på grundig kartlegging av årsaksforhold.

Alternativ behandling

Mange tyr til naturmidler i håp om å gjenvinne noe av ungdommens livsgnist og for å få mer overskudd i hverdagen. Økt bruk av naturmidler og kosttilskudd handler også om medikalisering av det normale livet.

Mange er skeptiske overfor syntetisk framstilte legemidler – «jeg er mot medisiner». Samtidig kan slike tilhengere av den farmakologiske avholdsbevegelsen ha voldsom tro på naturmidler eller alternative medisiner. Dette til tross for manglende dokumentasjon av innhold og effekter.

Mens farmasøytisk industri (enn så lenge) bare kan reklamere direkte overfor helsepersonell, markedsføres naturmidlene bredt gjennom annonser, artikler i ukepressen og fargerike reklamebrosjyrer i postkassen. Reklamen går svært langt i å hevde at midlene kan kurere sykdommer og plager og gi brukerne et nytt og bedre liv. Regelverket tillater riktignok ikke udokumenterte påstander om helseeffekter, men myndighetene kvier seg åpenbart for å gå inn i dette minefeltet, fordi forholdet til alternativ behandling hos mange er sammenvevet med deres tro og livsanskuelse.

Fra underdanig pasient til bevisst forbruker

Den tradisjonelt føyelige og passive pasientrollen utfordres i dag av økt medbestemmelse og juridiske rettigheter. Kunde- og forbrukerperspektivet dominerer og innebærer retten til å klage eller saksøke leger og helseinstitusjoner hvis man ikke får det man har «krav på». Disse tendensene avspiler en dyptgripende kulturell endring i samfunnet: fra innordning, plikt og arbeid, til utdanning, velstand, fritid og individets perfeksjonering.

Dagens pasienter vil ha retten til å ta frie og selvstendige valg og informerte pasienter kommer med spesifikke bestillinger. Valgfriheten forutsetter imidlertid kunnskap. Helt fram til 1980 tallet var spesifikk informasjon om legemidler forbeholdt farmasøyter og leger. Felleskatalogen ble ikke «frigitt» for publikum før i 1984. I dag, derimot, finnes store mengder legemiddelinformasjon lett tilgjengelig for alle, ikke minst via nettet. Overfortolkning av vitenskapelig informasjon er imidlertid vanlig: Hver enkelt kan designe egen perfekt helse og et langt liv bare man gjør de rette tingene og har i seg

de rette midlene. Men da glemmes tilfældighetenes store spill som i sum faktisk betyr mest. Men som vi så lite kan gjøre noe med.

Ironien i Huxleys roman *Vidunderlige nye verden* ligger i at for å skape det harmoniske framtidssamfunnet, måtte man fjerne «gammeldagse» verdier som familie og slekt, natur, kunst og kultur og religion og filosofi. Det vil si en vesentlig del av hva som gir mening og helse. Spørs om det er dit vi ønsker oss. Ikke engang om vi fikk det på blå resept!

Litteratur

1. Brekke M, Rekdal M, Straand J. Which population groups should be targeted for cardiovascular prevention? A modelling study based on the Norwegian Hordaland Health Study (HUSK). *Scand J Prim Health Care* 2007; 25: 105-11.
2. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009; 338: b1655 doi:10.1136/bmj.b.1665
3. Straand J, Christensen IJ. Kvalitet av legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 555-7.
4. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J et al. Drug related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2317-23.
5. Wester K, Jönsson AK, Spigset O et al. Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study. *Br J Clin Pharmacol.* 2008; 65:573-9.
6. Ruths S, Straand J, Nygaard H. Psychotropic drug use in nursing homes. Diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 57: 523-8
7. Straand J. Gjennomgang av pasientens legemidler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 1175.

Jørund Straand

jorund.straand@medisin.uio.no

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo.

Hva er medisinsk riktig sykmelding?

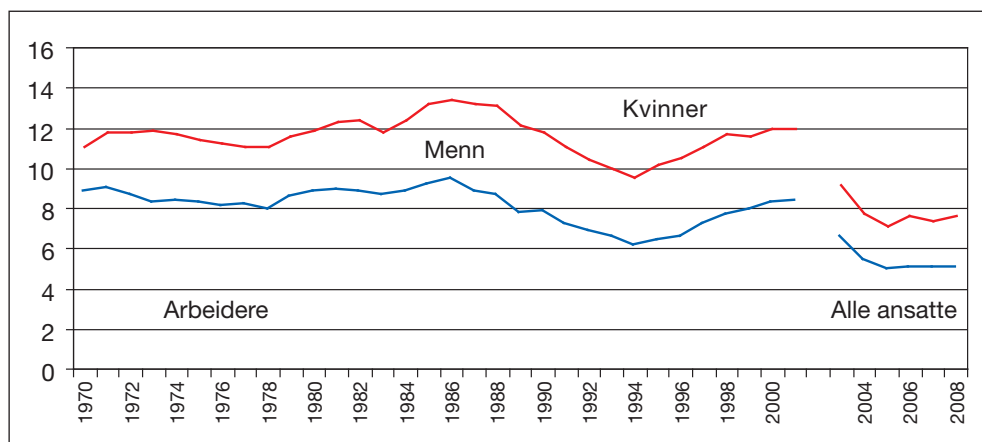
Michael 2009;6:419–24.

En medisinsk riktig sykmelding er et ledd i et seriøst legearbeid, der sykmeldingen går inn i legens armamentarium og brukes for å lette situasjonen for pasienter som trenger et pusterom for å ta seg inn, for å gi avlastning, slik at pasienten kan bli fortest mulig bra, eller for å gi periodevis avlastning for å holde arbeidstakere i arbeid lengst mulig. Hvis ikke legenes sykmeldingspraksis er kvalitetssikret og blir allment forstått, kan vi risikere å få et system som i Danmark, der sykefraværet som oftest er et forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det vil sannsynligvis være uheldig.

Det sies og skrives mye om legers sykmeldingspraksis om dagen. Regjeringen og hovedorganisasjonene mener sykmeldingsratene har økt, og med avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) vil de ha en reduksjon. Sykefraværet er nå et økonomisk problem som vi knapt har råd til.

Figur 1 viser de beste tallene vi har for sykefravær, de fra Næringslivets hovedorganisasjon over andel fraværsdager av alle avtalte arbeidsdager blant arbeidere i et utvalg medlemsbedrifter. Disse tallene er sammenliknbare helt tilbake til 1970. Etter 2002 har Statistisk sentralbyrå (SSB) overtatt registreringen, men nå for både arbeidere og funksjonærer. Kurven viser i all hovedsak et ganske stabilt fravær i disse årene. Fraværet var lavt under arbeidsløsheten i 1988 til 1997 og økte noe igjen under høykonjunkturen etterpå. Fallet i 2004 hang åpenbart sammen med en kampanje overfor legene, blant annet med nye regler for sykmelding.

Nå skal ikke legen følge politiske retningslinjer i arbeidet sitt med pasienter, og langt mindre sette økonomiske ønskemål først. Vi kan rimeligvis si at legens oppgaver på sykemeldingsområdet er å iverksette *Folketrygdlovens* regler. Ellers skal legen følge medisinske prinsipper for å få pasienten rasklest mulig så frisk som det rimeligvis går an. I denne artikkelen vil jeg prøve å



Figur 1: Prosent sykefraværsdager av alle avtalte arbeidsdager 1970-2008 fra NHOs registrering i utvalgte bedrifter standardisert etter bedriftsstrukturen i Norge.

følge disse to grunnleggende prinsippene for å drøfte hva medisinsk forsvarlig sykmeldingspraksis kan være.

Folketrygdloven sier at vi skal følge medisinske prinsipper

Folketrygdlovens paragraf 8-4 sier at «sykepengen skal ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade». Dermed har vi juridisk grunnlag for å følge medisinske prinsipper for sykmelding. De mest grunnleggende prinsippene i medisinen sier for det første at vår viktigste oppgave er å helbrede raskest mulig og uten å gjøre skade. For det annet må vi tilstrebe å bruke erfaringsbasert, helst vitenskapelig kunnskap for å oppnå en best mulig behandling.

Jeg tror alle leger er enig i at de medisinske prinsippene for sykmelding ikke er greie å følge i praksis. De er heller ikke lette å formulere i ord. Det er antakelig en av grunnene til at legene ikke gjerne deltar i den offentlige diskusjonen om sykmelding. Her skal likevel gjøres et forsøk på å sette opp noen retningslinjer.

Mitt spørsmål er: Gir det mening å inndele de sykmeldte i tre hovedgrupper etter medisinsk tilstand og behov for sykmelding, en gruppe pasienter som opplagt må sykmeldes fordi de fungerer for dårlig til å gå på jobb, en annen gruppe som først og fremst trenger sykmelding som en del av behandlingen, og en tredje gruppe som må ha avlastning i perioder for å greie å holde seg i jobb?

1. Noen tilstander gir så lite fysisk og/eller psykisk overskudd at betalt arbeid er umulig

Arbeid er meget sjelden helt umulig, og de aller fleste syke mennesker ønsker å gjøre noe nyttig. *Betalt* arbeid er derfor det avgjørende ordet her. Ansatte må yte nok til at arbeidsgiveren er noenlunde tilfreds, og selvstendig næringsdrivende må levere noe på markedet sitt.

Slik betraktet synes det å være opplagt at der er en rekke tilstander som gjør sykmelding selvfølgelig. Det gjelder en lang rekke somatiske lidelser med markant redusert allmenntilstand, fra febrile virusinfeksjoner til akutt hjertesvikt, og det gjelder noen psykiske lidelser som akutte depresjoner. Hvor grensen går, kan av og til diskuteres, blant annet ut hvor krevende jobben er og hvordan den stiller krav til fysisk eller psykisk innsatsevne. Likevel er det ikke mye rom for skjønn her, for dersom legen er i tvil, faller ikke tilfellet inn denne kategorien, men eventuelt under en av de to neste.

2. Noen tilstander krever avlastning for at den syke skal bli fortest mulig bra

Dette er det mest misforståtte punket i den offentlige diskusjonen om sykmelding. Når legene blir anklaget for å sykmelde folk som er friske nok til å gjøre en viss arbeidsinnsats, er dette gjerne med en medisinsk hensikt. Her er det verken spørsmål om snille leger eller om skjønn, men om hvor dyktig legen er til å stille diagnoser og finne fram til den mest effektive behandlingen. Legens jobb er å bringe pasienten fortest mulig tilbake til full restitusjon, ikke noe annet.

Her er det i praksis to store pasientgrupper, de med muskel- og skjelettlidelser og de som har psykiske lidelser. Dertil kommer en langt rekke lidelser som har visse likhetstrekk med disse to store gruppene. Både psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser krever ofte et fast og planmessig behandlingsopplegg for å bli fortest mulig bra eller oppnå best mulig funksjon etterpå.

Mange av de psykiske lidelsene krever at pasienten har tid og overskudd til å bearbeide sin egen situasjon. Ofte krever dette en periode med avlastning fra andre krav, for eksempel fra inntektsgivende arbeid. Poenget er å ha krefter til å kunne konsentrere seg om seg selv og sine egne problemer.

I en slik situasjon vil endel pasienter fungere så dårlig sosialt at sykmelding er en selvfølge, og da kommer de i kategori 1 ovenfor. Men ganske ofte bør sykmelding være en del av et behandlingsopplegg. Dette opplegget bør struktureres av den som skriver sykmeldingen. Det kan bestå av samtaler med andre mennesker, konfliktløsninger, fysisk trening, hvile og kontemplasjon. Medikamentell behandling hjelper av og til. Den behandlende legen bør være nøye med å følge opp programmet, særlig være oppmerksom på en

forventet sykdomsprogresjon. Hvis bedring ikke skjer, må legen prøve å finne ut hvorfor. Dårlig behandling eller urealistiske forventninger må føre til et revidert opplegg. Mistanke om liten innsats fra pasienten må diskuteres åpent og eventuelt føre til avbrekk av programmet og friskmelding.

Ved en god del muskel- og skjelettlidelser er et liknende program aktuelt. Det gjelder oftest pasienter med akutte tilstander som muskelsmerter, senebetennelser eller lumbago. Det kan også gjelde pasienter med samme diagnosen, men som holder på å gli inn i en kronisk fase, eller det kan være pasienter som får tiltagende ofte tilbakefall. Disse kan trenge et strukturert behandlingsopplegg som krever sykmelding, selvom de ikke nødvendigvis er for dårlige til å gå på jobb. Poenget er at opplegget er strengt, og at det har som mål å gi full helbredelse. Tiden må da brukes på trening og hvile, i den rekkefølgen, helst fulgt av kognitiv behandling fra legen eller fysioterapeuten.

3. Noen mennesker har for lite overskudd til å fortsette i arbeidslivet i mange år, dersom de ikke får avlastning i perioder

Dette er den vanskeligste gruppen å sykmelde til rett tid og passe mye. Poenget er å holde dem i nesten normal funksjon lengst mulig. De som kritiserer oss for å sykmelde for mye, bør huske at vi sykmeldende leger er en forutsetning for å holde så mye som 74% av befolkningen i alder 15–74 år i betalt arbeid, den høyeste yrkesdeltakingen i verden akkurat nå. Legene gjør antakelig en kjempeinnsats på dette området, ved å bidra til å lokke den svakere delen av befolkningen inn i betalt arbeid og til å holde dem i jobb.

Er det mulig å formulere noen retningslinjer for legearbeidet på dette vanskelige og mangslungne området? Vi kan prøve.

Legen må ha et våkent blikk for pasienter som viser avtagende overskudd, forverret allmenntilstand, økende smerter eller dårligere søvn. Poenget er selvfølgelig ikke at det er synd på disse pasientene, men at de kan trenge en periode med avlastning. Denne perioden må være kort, 1–3 uker, ellers risikerer de ryktet sitt på jobben, eller de mister pågangsmotet til å fortsette i jobb.

Er så de grunnleggende medisinske prinsippene greie å følge, å bidra til å opprettholde pasientens funksjon med minst mulige omkostninger? Venter vi for lenge, blir fort resultatet at sykmeldingen blir langvarig. Da er faren for å falle ut av arbeidslivet ganske stor for denne marginaliserte arbeidskraften. Kan vi bidra til å utsette uførepensjonering med to år, er mye vunnet for pasienten i form av selvrespekt og et vanlig liv. Samfunnsøkonomisk er det også gunstig, men det er det ikke vår oppgave å tenke på.

Seriøst legearbeid

Disse få ordene om store emner synes å gi oss holdepunkter for fornuftige sykmeldinger. Alle klinikere har mye å føye til, for det ser ut til at vi skal og kan bruke de samme prinsippene i sykmeldingsarbeid som i annet klinisk arbeid. Sykmelding er en viktig del av medisinske behandlingsmetoder og skiller seg ikke mye fra mange andre metoder. Det forekommer meg at tre viktige prinsipper følger av denne betraktningmåten.

For det første skal ikke økonomiske betraktninger spille noen rolle ved sykmeldinger. Det er ikke legens oppdrag å bekymre seg for statsbudsjettet. Vi vet likevel at effektiv medisinsk behandling er det mest samfunnsøkonomisk gunstige vi kan gjøre som leger. Som sagt er yrkesdeltakingen meget høy i Norge. Vi har spesielt mange eldre i betalt arbeid, langt flere enn for eksempel Danmark og Sverige, og enormt mange flere enn Tyskland og USA. Det kan vi ikke opprettholde uten endel sykmelding. Likevel er antakelig den økonomiske gevinsten stor. De nordiske landene er flinke til å få praktisk talt hele den vokne befolkningen ut i jobb, også de med liten selvtrillit og lite krefter. Da er antakelig en akseptert rett til sykmelding og eventuelt uførepensjon viktig, fordi disse ordningene gir mulighet til en verdig retreat, og det er viktig for de mindre optimistiske arbeidstakerne.

For det andre er det ikke pasientene som avgjør sykmeldingen. Pasienten må selvsagt si hva han mener, men det er legen som bestemmer. Det hender riktignok at pasienten ikke vil sykmeldes selvom legen mener det er best for behandlingen, men det kan vi leve med. Pasienter sier ofte at de går til oss for «å sykmelde seg», men det må vi overhøre og selv vurdere hva som er medisinsk riktig.

For det tredje må vi leger behandle sykmeldingsinstituttet med respekt. Det er et viktig behandlingsinstrument som ikke må brukes lemfeldig, ikke minst fordi ordningen er under myndighetenes skyts for tiden.

Mye problemer med sykmeldingene

Er det så ingen større problemer med legenes nokså suverene rett til å frita sine pasienter for arbeidsplikten? Jo, der er mange, små og store. Oppgaven er såpass krevende for legene at vi kan komme til å betakke oss for denne retten.

I Danmark brukes nesten ikke legesertifiserte sykmeldinger. Sykefravær er et forhold som overlates til den ansatte og arbeidsgiveren. Til gjengjeld er veien til oppsigelse kort. For eksempel gir fire måneders sykefravær i offentlig tjeneste automatisk oppsigelse. Det norske og svenske systemet der den sykmeldte ved behov kan skylde på legen sin, har sine markante fordeler for den ansatte.

Den mest diskuterte ulempen er at legene har for lite kunnskaper om arbeidsplassene til å utøve et rimelig godt skjønn på behovet for sykmelding. Dette er en sakelig innvending mot vårt system. På den annen side har vi få alternativer. Ingen andre enn legene har nok kunnskaper om både sykdommer og arbeidsplasser til å innta denne rollen. Det eneste realistiske alternativet er det danske systemet. Det vil fungere dårlig i Norge i dag fordi jobbskifte er mye mer dramatisk hos oss enn i Danmark. Hvert år skifter omlag 25% av danskene jobb. Dessuten har mange av de norske fastlegene mye kunnskaper om de arbeidskravene deres pasienter står overfor sine. I ethvert fall gjelder det de legene som har evne til å lytte og har interesse for kvalitet i jobben sin.

Her ligger antakelig den viktigste innvendingen mot synet mitt på medisinsk forsvarlig sykmelding, nemlig kvaliteten i dette legearbeidet. Der er tendenser i legekorpset til å ta lettvindt på sykmeldinger. Motsetningsfylte sykmeldinger gjelder først og fremst pasienter med psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser. Disse tilstandene er ikke livsfarlige og har ikke høy status blant oss leger. Behandlingen av dem blir ofte venstrehåndsarbeid. Skall diagnostisering og behandling gjøres rimelig bra, tar det tid. En slik tidsbruk vil lett kunne koste fastlegen en god del tusen kroner i tapt inntekt. Da er det fristende å enten bli for streng med sykmeldingene, med for mange tidlige uførepensjoner som resultat, eller å overlate sykmeldingene til pasientenes egen vurdering med dårlig medisinsk behandling som resultat.

I dagens politiske klima kan for mye dårlig sykmeldingspraksis føre til den danske systemet i vårt land også. Noen fastleger vil antakelig være fornøyd med det. Andre vil savne sykmeldingen som er verdifull del av det medisinske armamentarium.

*Björgulf Claussen
bjorgulf.claussen@medisin.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Seksjon for sosialmedisin
Universtet i Oslo*

Uførepensjonering – medisinsk vurdering eller sosial sortering?

Michael 2009;6:425–9.

Sykdom, skade eller lyte er krav som stilles for innvilgelse av uførepensjon. Uførepensjonering varierer imidlertid kraftig med utdanningsnivå, betydelig mer enn det som kan forklares med tilsvarende helseforskjeller. Utdanning, kompetanse og erfaring er kanskje viktigere enn helse som årsak til marginalisering av deler av arbeidsstyrken.

Introduksjon

Aldri har den norske befolkning vært friskere og aldri har så mange vært uføre. Ca. 11% av befolkningen i alderen 18-67 år har nå uførepensjon. Dette presenteres som et paradoks, men er i realiteten ikke så vanskelig å forklare.

Det har vært påstått at økt trygdebehov er et resultat av et brutalisert arbeidsliv. Det synes jeg er vel drøyt. Arbeidslivet stiller imidlertid endrete og til dels økende krav. Den fysiske belastningen avtar (selv om renholdsyrket og pleie- og omsorgsektoren stadig stiller tøffe fysiske krav), mens krav til kunnskaper øker som ledd i rasjonalisering og effektivisering og befolkningens økte utdanningsnivå.

Ethvert arbeidsliv stiller krav og i enhver befolkning er det noen som har problemer med å fylle disse kravene, personer som sliter med å holde seg i arbeidslivet og personer som sliter med å komme inn i eller tilbake til arbeidslivet. Denne gruppen utgjør den marginale arbeidskraft.

Hvorvidt et arbeidsliv lykkes i å være inkluderende, er hvor stor del av den marginale arbeidskraft den lykkes i å beholde «innenfor», dvs. beholde som yrkesaktive. Antall uførepensjonerte avspeiler den del av den marginale arbeidskraft som må kaste inn håndklede.

Trygdelovgivningen opererer imidlertid ikke med begrepet marginal arbeidskraft, men krever *sykdom, skade eller lyte* som inngangskriterium.

Da Otto von Bismarck (1815-98) i sin tid introduserte velferdsordninger for å stagge den revolusjonære opposisjon, ble kriterier for tildeling diskutert. Det var viktig å skille de verdige fra de uverdige trengende. Ryktene sier at det var Bismarcks finansrådgiver, Gerson von Bleichröder (1822-93) som foreslo å bruke sykdom som tildelingskriterium fordi det var så vanskelig å måle verdighet.

Den medisinske vitenskap var i rask utvikling og troen på robuste objektive sykdomskriterier var stor. Forslaget ble akseptert, og senere har vi som leger sittet med den problematiske oppgaven å bidra til fordeling av trykdegoder.

Yrkesskade ble ansett som en spesielt verdig grunn til å få samfunnets oppmerksomhet. Slike skader ble gjenstand for de første trygdeordninger i mange land, inkludert Norge. Lov om ulykkesforsikring for industriarbeidere ble innført i 1894 som det første bidrag til norsk trygdelovgivning.

Det er altså ikke den marginale arbeidskraft som er problemet, men sykdom. Trygdestatistikken kan fortelle at muskel-skjelett-lidelser og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til uførepensjonering. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv har som mål å få ned sykefraværet, få flere med sykdommer og plager til å fortsette i arbeid og få flere eldre til å forbli yrkesaktive. I tråd med dette innføres nye behandlingstilbud for å redusere antall som blir avhengig av trygdeytelser. Flere hundre millioner kroner er bevilget til tiltak for å få folk raskere tilbake (RATI).

Millioninnsprøytingen i spesialisthelsetjenesten har resultert i en formidabel idédugnad med økonomiavdelingene på sykehusene som ivrige pådrivere. Satsingen er både et eksempel på politikernes behov for å markere handlekraft og helsevesenets villighet til å prioritere de oppgavene der det gis økonomiske incentiver. Det rapporteres jevnlig entusiastisk om vellykkete prosjekter for å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid. Sykefraværet synes imidlertid å være upåvirket og det er ikke satt av penger til å evaluere tiltakene.

Det har vært lansert en rekke forslag til å neddempe betydningen av sykdom ved tildeling av trygdeytelser. De siste ti år har vi hatt en periode der det skulle legges større vekt på *funksjon* enn *diagnose*. NAV har gått et skritt videre og lansert begrepet *arbeidsevnevurdering* som inkluderer en rekke forhold ved siden av helse, som utdanning, motivasjon, yrkeserfaring og kompetanse, både sosial og human kapital.

Mange er uføre på grunn av sykdom, det være seg medfødte lidelser, alvorlig psykisk sykdom, skader, nervesykdommer eller kreft. Problemet er imidlertid den store gruppen som ikke klarer seg i arbeidslivet og der diagnosen er mer uklar. Velferdsmeldingen ble forventet å støtte opp under

ønsket om å utvide tildelingsgrunnlaget. Den konkluderte imidlertid med at kravet om *sykdom, skade eller lyte* bør opprettholdes.

Metode

Vi har nærmet oss problemet med den marginale arbeidskraft ved å se på forholdet mellom utdanningsnivå og uførepensjonering i en artikkel inn-sendt til *Scandinavian Journal of Public Health* (1). I en stor undersøkelse basert på landsdekkende tall har vi analysert andel uførepensjonerte i ulike utdanningsgrupper.

Siden vi har et så stort materiale, har vi kunnet inndelegge utdanningsnivå i hele seks kategorier, der grunnskole er lavest og forskerutdanningsnivå høyest. I undersøkelsen har vi bare inkludert etniske nordmenn, fordi opplysning om utdanningsnivå er noe mangelfull blant innvanderne og fordi det blant innvanderne er vanligere å ha arbeid som ikke korresponderer med utdanningsnivået.

Siden 1992 er alle nordmenn (befolkning i 2003: 4 577 457) inkludert i en stor datafil, (FD-trygd). Denne inneholder opplysninger om alle trygdeytelser og blant annet diagnoser ved de sykdomsbaserte ytelsene. Filen er koplet med Statistisk sentralbyrås fil med demografiske data, der vi har benyttet informasjon om høyeste utdanningsnivå. I vår studie har vi inkludert innbyggere i alderen 18–66 år 31. desember 2003 (N=2 522 430).

Som utdanningsnivåer har vi benyttet: grunnskole (7–9 år), videregående skole, lavt nivå (10–11 år), videregående skole (12 år), universitet/høyskole, lavt nivå (14–15 år), universitet (16–18 år), forsker (18+ år ofte i betydningen doktorgrad).

Resultater

Vi har funnet at risikoen for uførhet reduseres dramatisk med antall år utdanning, i ulike aldersgrupper og for begge kjønn. Dette er knapt overraskende og heller ikke særlig nytt. Vi har imidlertid funnet større forskjeller enn det som er vist ved tidligere undersøkelser (2,3).

Kontrollert for alder og kjønn er den relative risiko for uførepensjonering for en med grunnskole, sammenliknet med en med universitetsutdanning vel 12. Forskjellene eksisterer mellom alle utdanningsnivåene, og de med forskerutdanning har en relativ risiko som bare er 1/3 av den for dem med lang universitetsutdanning.

Forskjellene er spesielt store for dem som uførepensjoneres med en muskel-skjelett-diagnose. De som bare har grunnskole har en alders- og kjønnskorrigert relativ risiko på 23, og sammenlikner vi dem med gruppen som har forskerutdanning blir den relative risiko svimlende 110.

Diskusjon

Vi vet at folk med kort utdanning har dårligere helse enn dem med lang utdanning. Årsakene er flere. Grovt sett gjelder det seleksjon av de friskeste inn i de lengste utdanningsløp, og mer belastende og dermed mer sykdomsskapende yrker for dem med dårlig utdanning.

De velkjente sosiale helseforskjellene kan imidlertid ikke forklare de dramatiske forskjellene vi har funnet. En forklaring er at de dårlig utdannede har jobber som stiller større krav til god helse. Dette skyldes først og fremst at det dreier seg om yrker med fysiske arbeidskrav og forklarer dermed den spesielt store forskjellen når det gjelder muskel- og skjelettlidelser. Det er altså ikke bare et problem at ulike yrker skaper ulike helseproblemer (yrkesrelaterte helseproblemer), men at like helseproblemer skaper ulike konsekvenser i ulike yrker (helserelaterte yrkesproblemer).

Det store spørsmålet blir hvorvidt det er rimelig å tro at disse årsakene alene kan forklare våre funn. Når en enkel forklaringsvariabel som utdanning gir så store utslag, kan en mistenke at helseproblemer er av underordnet betydning for mange med kort utdanning som søker om uførepensjon. Det kan hende at det er den manglende utdanning som har bidratt mest til å marginalisere dem.

Hvis vi går ut i befolkningen, finner vi at mange mennesker forteller om mange plager og symptomer: smerter og ubehag i muskler og ledd, svimmelhet, romling i magen, søvnløshet, humørløshet, tretthet, angst og generelt ubehag. De som har flest symptomer fungerer dårligst, dels uavhengig av diagnose (4).

Det vil si at de fleste som tilhører gruppen med marginal arbeidskraft også har plager. Hos en marginalisert arbeidstaker som er på jakt etter en diagnose og således er ute etter en sosialt og trygdemessig akseptabel sorti fra yrkeslivet, kan slike plager med en viss velvilje gis en medisinsk diagnose.

Siden muskel- og skjelettplager er så vanlig i befolkningen og mange ufaglærte yrker er fysisk belastende, er det ikke rart at så mange nettopp får muskel-skjelett-diagnoser når de søker om uførepensjon.

Det kan altså hende at trygdelovgivningen, godt hjulpet av legestanden, bidrar til å medikalisere den marginale arbeidskraft og feilaktig attesterer at de som har problemer med å forbli yrkesaktive, har problemer fordi de er syke. På den måten blir sykdom årsaken til uførheten, og forebygging og behandling av sykdom den viktigste metoden til å redusere antall uførepensjonerte.

Hvis det er sykdom som er avgjørende, vil altså fokus på forebygging og behandling være en rimelig fremgangsmåte. Hvis det har med utdanning og kompetanse å gjøre, kan vi enten øke kompetansen i befolkningen (med derav oppjusterte krav i arbeidslivet) eller arbeide for at også de med begrenset kompetanse og de med minst sosial og human kapital får anledning til å realisere sine evner i arbeidslivet.

I stedet for å foreta arbeidsevnevurdering av individer, må vi satse på en inkluderingsevnevurdering av den enkelte arbeidsplass med mål at flere arbeidsplasser ansetter flere med kort utdanning.

De som uførepensjoneres etter dagens sykdomsbaserte ordning, er uten tvil marginale i forhold til arbeidslivets krav. Kanskje er den nåværende ordning rimelig treffsikker som tildelingsprinsipp.

Det er likevel grunn til å diskutere mulige konsekvenser av sykdomskriteriet. Det medisinske tildelingskriteriet, vår diagnostisering og de trygde-statistiske diagnoseoversiktene kan bidra til en tilsynelatende orden i et komplisert sosialt fenomen. En orden som kan tilsløre reelle underliggende problemene. Vi kan ikke forebygge eller behandle vekk den marginale arbeidskraft. Vi kan muligens inkludere den i et raust arbeidsliv, men da må ressursene settes inn her, heller enn på nye RATI-poliklinikker.

Konklusjon

Ved tildeling av trygdeytelser til enkeltindivider bør vi for fremtiden basere oss på en bred arbeidsevnevurdering der utdanning og erfaring tillegges stor vekt. For å forebygge marginalisering og utestengning av dem som har kortest utdanning, må vi foreta inkluderingsevnevurdering av den enkelte arbeidsplass ut fra et mål om å få et genuint inkluderende arbeidsliv.

Det kan se ut som om uførepensjonering for store grupper er en sosial sortering basert på medisinsk vurdering.

Litteratur

1. Bruusgaard D, Smedby L, Claussen B. Can health-related work problems explain the educational divide in disability pensioning. Innsendt *Scand J Public Health* 2009
2. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *Int J Epidemiol* 2002;31:1183-91.
3. Krokstad S, Westin S. Disability in society-medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. *Soc Sci Med* 2004;58:1837-48.
4. Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM, Bruusgaard D. Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study. *Eur J Pain* 2009;141:426-30.

Dag Bruusgaard

dag.bruusgaard@medisin.uio.no

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Seksjon for sosialmedisin

Universitetet i Oslo

Hvordan få oljearbeidere i Nordsjøen til å bruke hjelm når de sykler i fritiden?

Michael 2009;6:430–6.

Kan atferd i forhold til sikkerhet overføres fra en arena til en annen? Dette spørsmålet ble søkt besvart ved å undersøke sikkerhets- og beredskapsatferd hjemme og på fritiden hos arbeidere i henholdsvis høyrisikobedrifter med strenge sikkerhetsregimer og arbeider i lavrisikobedrifter uten slike regimer. Det viste seg at det var ingen signifikant forskjell på sikkerhetsatferden i disse to gruppene, for eksempel å sykle med hjelm, mens det var forskjell på beredskapsatferden, for eksempel at oljearbeidere i Nordsjøen hadde flere røykvarslere og sjekket rømningsveier oftere enn ansatte på et teknisk kontor i en kommune. Disse funnene tydeliggjør at informasjon og rådgivning om sikkerhet generelt ikke vil kunne overføres til spesifikke atferder, og at sikkerhetsråd på en arena vil ikke øke sikkerhetsbevisstheten generelt hos den enkelte.

Mangel på overføring av sikkerhetsatferd mellom arenaer gjør det nødvendig å utforme sikkerhetsråd mot spesifikke situasjoner. For eksempel bør bruk av sikkerhetsutstyr demonstreres i den sammenheng det skal brukes. For at oljearbeidere i Nordsjøen skal bruke hjelm når de sykler hjemme på fritiden, er det nødvendig å informere og trene dem i den situasjonen. Det ville sannsynligvis også bli øket hjelmbruk dersom oljeselskapene gjennomfører spesielle kampanjer for dette sammen med familiene, samtidig som det eventuelt deles ut gratis sykkelhjelmer til de ansatte.

Det fikk mange konsekvenser at vi fant olje i Nordsjøen og at Norge dermed gikk inn i oljealderen. Vi fikk en økonomi som gjør oss til ett av verdens rikeste land pr. innbygger og som også gir oss en stor grad av sorgløshet i disse finanskrisetider, noen mener kanskje en vel stor sorgløshet.

Men med oljealderen gikk vi også inn i en industri med stort katastrofepotensiale. Og det ble flere store katastrofer i næringen. Alexander Kiel-

land-ulykken i 1980 var den største enkeltstående tragedien med 123 døde i én hendelse. Det ble klart for operatørene i Nordsjøen at sikkerheten måtte få høyere prioritet. Det ble blant annet investert i store forskningsprogram for å finne fram til sikrere teknologi, rutiner og organisasjonsforhold. 1980-årene representerte også et skifte i fokus i teori og praksis på sikkerhetsfeltet fra tekniske og menneskelige faktorer til ledelses- og organisatoriske aspekter av sikkerhetsstyring (1).

Det vokste frem argumenter for en mer helhetlig tilnærming til helse, miljø og sikkerhet (HMS) og kvalitetsstyring i arbeidslivet. Disse inkluderte også sikkerhet i trafikken, hjemme og i fritiden. Det medførte en tro på synergistiske effekter, og at erfaringer og praksis ville kunne bli overført fra en arena til en annen.

Styrkingen av sikkerhetsprogrammene medførte at antall arbeidsulykker- og skader i mange bedrifter ble redusert til et svært lavt nivå (2). Ambisiøse bedrifter begynte å kaste sine øyne på sikkerheten til sine ansatte og deres familier utenfor arbeidsplassen. Flere store internasjonale bedrifter argumenterte for at sikkerhetsprogram i bedriftene ville influere på sikkerhetsatferden utenfor arbeidsplassen, og vise-versa. Denne «24-timers sikkerhets» – filosofien i arbeidslivet har sin parallell i helsesektoren som har et program initiert fra Verdens helseorganisasjon for å fremme og gjennomføre «Trygge lokalsamfunn» (3).

Det ble gjennomført et prosjekt for å teste ut hypotesen om at sikkerhetsatferd kan overføres fra en arena til en annen. Denne artikkelen beskriver dette prosjektet og funnene derfra (4). Ville vi for eksempel finne at arbeidere som var utsatt for strenge sikkerhetsregimer, som i Nordsjøen, oftere ville sykle med sykkelhjelmer hjemme i fritiden enn arbeidere fra mer «vanlige» bedrifter på land?

Materiale og metode

Data fra tre enkeltstående delprosjekter ble samlet inn. Siden de var bygget stort sett over samme lest kunne resultatene sammenliknes. I delprosjektene ble arbeidere i tre bedrifter spurt om deres sikkerhets- og beredskapsatferd hjemme og i fritiden. Bedriftene var:

- a) oljeproduiserende plattformer i Nordsjøen
- b) et oljeraffineri i Vestfold
- c) et smelteverk i et lokalsamfunn i Hardanger.

Alle disse bedriftene hadde omfattende sikkerhetssystemer og hadde over en årrekke arbeidet med å forbedre sine sikkerhetsforhold. De hadde også

reduisert antallet fraværsskader vesentlig over en tiårsperiode – på oljeplattformene med 70 %, på smelteverket med 50 %, og i oljeraffineriet hadde man oppnådd et sikkerhetsnivå på null fraværsskader.

Som kontrollgrupper ble valgt arbeidere fra bedrifter som ikke hadde utpregede sikkerhetsregimer:

- a) ansatte i bedrifter utvalgt fra store deler av Norge,
- b) ansatte i teknisk etat i en kommuneadministrasjon i Vestfold
- c) arbeidere i lokalsamfunnet i Hardanger som arbeidet i bedrifter uten særlige sikkerhetsregimer.

Spørreskjemaet var designet til å dekke både sikkerhetsatferd og beredskapsatferd. Atferd blir vurdert som *sikker* når en person følger anbefalte sikkerhetsregler i en relativ normal situasjon og tilpasser sin atferd basert på kunnskap og bevissthet om sikkerhetsaspekter ved situasjonen for å unngå ulykker.

Spørsmålene for å måle *sikkerhetsatferd* var:

1. Holder du fartsgrensen når den er 30 km/t?
2. Holder du fartsgrensen når den er 80 km/t?
3. Slår du av hovedbryteren på TV-en hver kveld?
4. Legger du alltid bort verktøy på en sikker plass etter bruk?
5. Bruker du flytevest i båt?
6. Blander du deg inn dersom venner/naboer foretar seg farlige handlinger?
7. Dersom du overnatter på hotell, båt o.l, leser du sikkerhetsinstruksjon og sjekker veien til nødutgangene?
8. Dersom du overnatter på hotell, båt og lignende sjekker du nødutgangen og at den fører ut av bygningen?
9. Når du kjøper nye produkter, kontrollerer du produkt-sikkerheten?
10. Betaler du ekstra for et sikrere produkt?
11. Når du bruker stige, forsikrer du deg om at den er forsvarlig sikret?
12. Bruker du sykkelhjelmer?
13. Bruker du lys på sykkel i mørket?
14. Røyker du på senga?

Beredskapsatferd tar sikte på å redusere konsekvenser av en krise slik som av en ulykke eller en brann. Spørsmålene for å måle beredskapsatferden var (spørsmålene 11 og 12 ble brukt både på sikkerhets- og beredskapsatferd):

1. Hvor mange røykvarslere har du?
2. Er de kontrollert i løpet av siste 6 måneder?

3. Hvor mange brannslukningsapparater har du?
4. Har du kontrollert trykket de siste 6 måneder?
5. Har du snudd dem opp/ ned de siste 6 måneder for å løsne pulveret?
6. Er du/din familie klar over rømningsveiene dersom det blir brann?
7. Har du prøvd ut rømningsveiene?
8. Har du førstehjelpsutstyr hjemme?
9. Har du førstehjelpsutstyr i bilen?
10. Har du brannslukningsapparat i bilen?
11. Dersom du overnatter på hotell, båt o.l, leser du sikkerhetsinstruksjon og sjekker veien til nødutgangene?
12. Dersom du overnatter på hotell, båt o.l. sjekker du nødutgangen og at den fører ut av bygningen?

Alle spørsmålene for sikkerhetsatferden hadde femdelt svaralternativ: Aldri, sjelden, av og til, ofte, svært ofte. Det gjaldt også spørsmålene 11 og 12 for beredskapsatferden, spørsmålene 2 og 4-10 hadde Ja/Nei, og spørsmålene 1 og 3 ble besvart med et antall røykvarslere/brannslukkingsapparater.

Ut fra svarene ble det konstruert en indeks for hver person for disse to atferdene. Svar med svært ofte eller ofte, ja og 2 eller flere varslere/apparater ga verdien 1, øvrige svar eller ingen svar ga 0. Summen av 1 og 0 dividert på antall spørsmål var personens sikkerhets- og beredskapsindeks.

Resultater

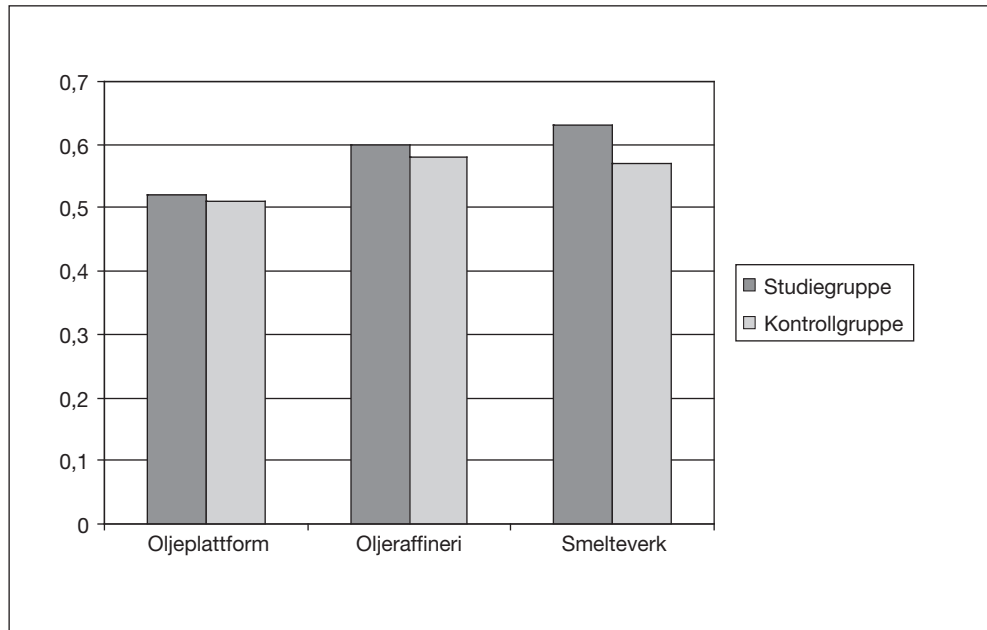
Responsraten varierte mellom 77 % og 41 %, se tabell 1. På bakgrunn av spørsmål om respondentenes deltakelse i sikkerhets- og beredskapsaktiviteter (ikke gjengitt her, se 4), ble det konkludert med at studiegruppene og kontrollgruppene i alle tre delprosjektene representerte to klart forskjellige grupper med hensyn til arbeidsplasser med henholdsvis høyt og lavt fokus på sikkerhet og beredskap.

Menn dominerte i studiegruppene, mens kontrollgruppene hadde en større andel kvinner. Det anses generelt at kvinner er mer sikkerhetsorientert enn menn, i så fall vil kontrollgruppene ha en skjevhet (bias) mot større sikkerhet og beredskap.

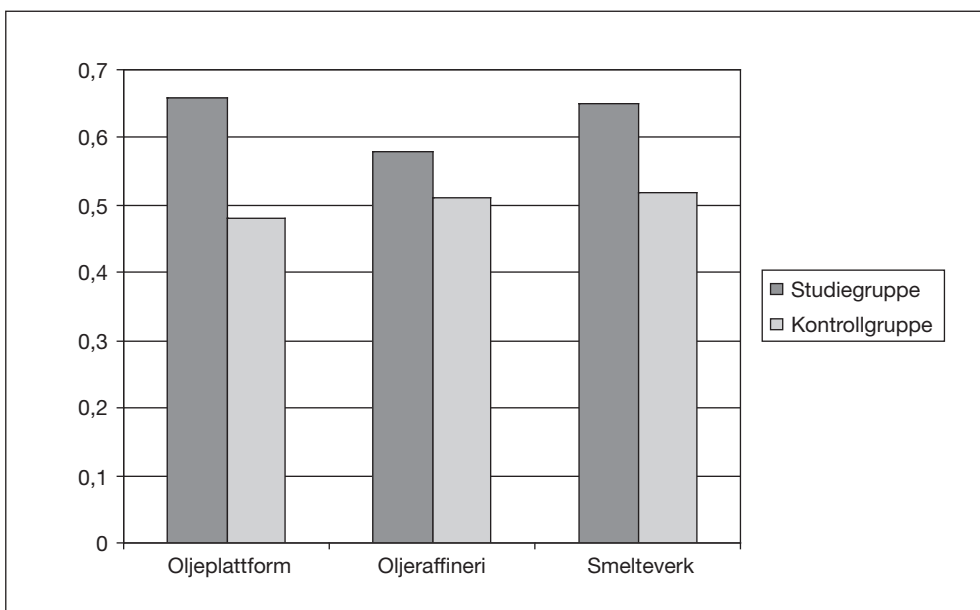
Gjennomsnittlig indeks for sikkerhetsatferden i de tre delprosjektene er vist i figur 1. Det er så vidt en noe høyere sikkerhetsindeks i studiegruppene, men den er ikke signifikant ($p > 0,05$) i noen av bedriftene. Forskjellen er størst i smelteverket, det ansees å ha sammenheng med et spesielt intervensjonsprosjekt på hjem- og fritidssikkerhet som ble gjennomført for bedriftens ansatte og befolkningen i lokalsamfunnet (nærmere beskrevet i 4). Men resultatene i figur 1 tilsier for eksempel at arbeidere i bedrifter med strenge

Del-prosjekt	Utvalgstørrelse	Antall svar, og % av utvalget	Menn/kvinner, antall og %	Alder under/ over 45 år, %
Oljeplattform	Studiegruppe: 500	332 – 66%	322 – 97% 10 – 3%	62/38
	Kontrollgruppe: 2000	831 – 42%	623 – 75% 208 – 25%	62/38
Olje raffineri	Studiegruppe: 240	128 – 53%	113 – 88% 15 – 12%	58/42
	Kontrollgruppe: 210	85 – 41%	65 – 76% 20 – 24%	53/47
Smelte-verk	Studiegruppe: 132	82 – 62%	63 – 78% 19 – 22%	42/58
	Kontrollgruppe: 39	30 – 77%	15 – 50% 15 – 50%	43/57

Tabell 1: Utvalgenes størrelse, svarprosjenter og karakteristika til svargruppene i delprosjektene



Figur 1: Gjennomsnittlig indeks for sikkerhetsatferd i studie- og kontrollgruppene i de tre delprosjektene



Figur 2: Gjennomsnittlig indeks for beredskapsatferd i studie- og kontrollgruppene i de tre delprosjektene

sikkerhetsregimer sykler like sjelden (eller ofte) med hjelm som arbeidere i bedrifter hvor det ikke er noe særlig fokus på sikkerhet. Det ser ut som om sikkerhetsatferd ikke overføres fra en arena til en annen.

Når det gjelder beredskapsindeksen fant vi en større forskjell mellom studiegruppene i de tre bedriftene og kontrollgruppene, se figur 2. Og forskjellene er også signifikante ($p < 0,05$). Det kan altså se ut som om fokus på sikkerhet og beredskap i disse tre høyrisikobedriftene har innflytelse på beredskapsatferden hjemme og på fritiden. Disse olje- og smelteverksarbeidere hadde flere røykvarslere og brannslukningsapparater og hadde oftere sjekket rømningsveier og nødutganger enn arbeidere i lavrisiko bedrifter.

Diskusjon

Overføring generelt, og overføring av ekspertise spesielt, er influert av mange faktorer. Sannsynligheten for at overføring vil skje mellom arenaer er avhengig av likheten på aktivitetene på henholdsvis arenaen man lærer på og arenaen det skal overføres til. Graden av overføring er bestemt av om innkodingen tillater abstraksjon av regler som er tilstrekkelig generelle for å dekke begge arenaene, om de to arenaer deler overflatiske og/eller strukturelle

komponenter, om like prosesser brukes i begge arenaer, og om tidligere erfaringer påvirker forståelsen av aktivitetene (5).

Sammenhengen (konteksten) for sikkerhetstrening i en bedrift vil kunne atskille seg vesentlig fra sammenhengen på hjemme- og fritidsarenaen. I en bedrift vil det være informasjonskampanjer, regler, påvirkning av arbeidskamerater og en sikkerhetskultur som vil påvirke for eksempel at arbeidere begynner å gå med hjelm. Men å gå med hjelm på en oljeplattform betyr ikke nødvendigvis at arbeideren vil ta på hjelm når han skal sykle hjemme i fritiden. Det er færre regler hjemme og i fritiden, det er mindre sikkerhetsoppmerksomhet og mindre press fra familie og naboer. Konteksten med sykling og hjelm er forskjellig fra konteksten med hjelm og oljeplattform. Sikkerhetsatferd er ikke nødvendigvis konsistent i forskjellige situasjoner.

Overføring av beredskapsatferd kan forklares ved at likheten mellom beredskapsaktivitetene er stor, eller at sammenhengen mellom en brann hjemme og en brann på bedriften er ganske lik. Det kan også være at kunnskapen og bevisstheten om brann og katastrofer på arbeidsplassen, og hvordan håndtere dem og/eller unnslippe dem, har de samme strukturelle komponenter som brann i arbeiderens hus eller bil.

Litteratur

1. Hale AR, Hovden J. Management and culture: the third age of safety. A review of approaches to organizational aspects of safety, health and environment. I Feyer A-M, Williamson A red. *Occupational Injury: Risk, Prevention and Intervention*. London. Taylor and Francis, 1998.
2. Kjellén U, Boe K, Hagen HL. Economic effects of implementing internal control of health, safety and environment: a retrospective case study of an aluminium plant. *Safety Science*, 1997; 27:99-114.
3. Lund J, Svanström L. International Journal for Consumer Safety – an issue on «Safe communities». *International Journal for Consumer Safety* 1995; 2:59-60.
4. Lund J, Hovden J. The influence of safety at work on safety at home and during leisure time. *Safety Science* 2003; 41:739-757.
5. Kimball DR, Holyoak KJ. Transfer and expertise. I Tulving E, Craik FIM red. *The Oxford handbook of memory*. Oxford. Oxford University Press, 2000: 109-22..

Johan Lund

johan.lund@medisin.uio.no

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

Når mat blir medisin – om mat og grenseoverskridelse

Michael 2009;6:437–44.

I arbeidet med å fremme helse og forebygge sykdom gjennom kosthold kan en ikke ta for gitt at kategorien mat og praksiser knyttet til maten, som det å spise eller å fø andre, er uforanderlige størrelser. Tvert om, slikt helsearbeid inneholder i seg selv et potensial for å endre maten og dens praksiser. Den nåtidige endringen av grensene mellom mat og medisin, hvor maten medikaliseres og medisinene «matliggjøres», innebærer nettopp endringer av den kulturelle og historiske kategorien mat. Mens den økte bevisstheten om matens betydning for helse er en utvikling vi alle ønsker velkommen, gjenstår det å se om den samtidige særegne formen for fusjonering av kategoriene mat og medisin er en hensiktsmessig vei å gå i folkehelsearbeidet.¹

Til daglig er det vel få av oss som går rundt og tenker på grenseproblematikk i forhold til den kulturelle kategorien *mat*. Vi tar det for gitt at vi vet hva fenomenet *mat* er og dermed implisitt også hvilke grenser det opererer innenfor.

Selv om spørsmålet om noe faller eller ikke faller inn under kategorien *mat* sjelden er en presserende problemstilling i hverdagslivet, er hverdagslivet likevel gjennomsyret av vurderinger knyttet til denne kategorien. Når vi står overfor et stykke ost betrakter vi dette som tilhørende kategorien *mat* uten å reflektere nærmere over det. Men en slik kategorisering vil med nødvendighet innebærer en bedømmelse, selv om dette ikke på noen måte dreier seg om en bevisst vurdering.

Hvis vi til tross for at maten og dens grenser fremstår som en lite presserende problemstilling til daglig, tar oss tid til å se på hvordan vi definerer

1 Diskusjonen er basert på forskningsprosjektet *Pharmacologization of food and feeding. An ethnographic study of food in transition*, finansiert av Norges forskningsråd.

kategorien *mat*, må vi både se på det som definerer den positivt og det som definerer den negativt.

Positivt vil kategorien *mat* som et minimum defineres gjennom at de angjeldende vekster, vesener eller substanser den omfatter med nødvendighet må være *spiselige* og *egnet som føde* for mennesker. Men at noe er spiselig og egnet som føde, innebærer ikke med noen form for nødvendighet at det faller inn under kategorien *mat*. Tvert om, knapt noen steder på jorden vil alt som ut fra rent ernæringsmessige betraktninger kan anses som god og brukbar føde for menneskene, betraktes som *mat*. Hva vi oppfatter som *mat* og hvilke egenskaper denne maten har, er historisk og kulturelt bestemt (1).

Hvilke av de til en hver tid tilgjengelige vekster, vesener eller substanser som med ernæringsmessig utbytte kan inntas av mennesker og som oppfattes som å tilhøre kategorien *mat* vil variere fra sted til sted. Som hund. Rent ernæringsmessig er hund akkurat like fullverdig føde for mennesker i Kina som i Norge, men betraktes som *mat* bare i det ene av landene.

Heller ikke i magre tider vil kategorien *mat* nødvendigvis utvides til å omfatte mer av det spiselige i menneskenes umiddelbare omgivelsene. I sin gjennomgang norske kokebøker fra 17- og 1800-tallet, skriver Karin-Helen Hognestad (2) at all litteratur hun har sett på fra 1700-tallet bærer preg av at forfatterne mener at nordmenn var lite flinke til å utnytte de ressurser som fantes i naturen som omgav dem, selv i magre tider. For eksempel, er Niels Dorph Gunnerus i *Samlinger til Huusholdnings Videnskaberne* fra 1723 «..opptatt av at nordmenn er lite flinke til å utnytte de vekster vi finner i landet. Mannagress eller suppegress overgår i smak og størrelse mange fremmede planter, de har en sterk nærende kraft, og egner seg ypperlig til grøt, velling eller andre supper, brød og kaker. De er 'haftig fordøyelige' » (2).

Et tilsvarende eksempel finner vi vedrørende fortæring av hestekjøtt. Slikt kjøtt har vært omgitt av religiøse og kulturelle tabuer som til tider har umuliggjort inntak av det, selv når hungersnøden har herjet.

Kategoriene *spiselig* og *fordøyelig* er altså ikke sammenfallende med kategorien *mat*. Negativt avgrenses kategorien *mat* blant annet av *det spiselige som ikke er mat*. Ofte er det ikke før vi møter eller konfronteres med et brudd eller diskontinuitet – som for eksempel å bli servert marsvin til middag – at vi blir klar over at vi har å gjøre med en grense mellom *mat* og *ikke-mat*.(3). Inntil vi blir konfrontert med muligheten for at marsvin kan være *mat*, vil nok de fleste ikke tenke på marsvin som *ikke-mat*, men for eksempel som kjæledyr og dermed uten relevans for kategorien *mat*. Det er først når vi møter eller får en idé om noe 'annet' eller en 'annen', at grenser blir viktige.

Det er ikke uvesentlig for vår opplevelse av det vi spiser om det er faller inn under kategorien *mat* eller ei. Vi kan spise kjøtt navngitt av oss selv eller andre som for eksempel 'kylling' med god appetitt og nytelse. Men hvis vi deretter presenteres for et nytt tegn eller navn for det samme kjøttet som for eksempel marsvin, hund eller rotte, kan navneendringen reversere hele prosessen. Ikke bare kan det vel fortærte returnere samme vei som det kom ned – opplevelsen kan gå fra nytelse til dets motsetning; avsky. En klassifisering av det fortærte som 'spiselig' vil ikke være til noen hjelp i slike situasjoner – det er jo nettopp *spiselig* vi til vår forferdelse har erfart at rotte er.

Nye grensdragninger og reklassifiseringer

Mens kostholdet tidligere gjerne var stabilt over generasjoner, opplever vi i dag en rekke gjennomgripende endringer av mat og kosthold. Det at de fleste av oss ikke spiser det våre foreldre fikk som barn, og for noen av oss heller ikke det vi selv spiste som barn, er i seg selv en uvanlig historisk tilstand (4).

Endringer i kostholdet knytter seg ikke bare til integrering av nye matretter, råvarer og matvarer i det daglige kosthold, men også til hvordan maten produseres, distribueres og selges. Ikke minst dreier dette seg om det som tilføres eller fjernes fra maten gjennom den industrialiserte matproduksjonsprosessen. Det er ikke bare maten som fysisk substans som endres, men også våre forventninger til hva den skal og kan gjøre med og for oss – som å sikre helsen og hindre sykdom.

Historisk sett er det knapt noe nytt i at mat brukes som medisin, men dette tar ikke vekk at dagens medikaliseringen har særtrekk. Noe av det som kjennetegner maten i vår samtid som en kulturell størrelse, er at den er gjennom-medikalisert til en slik grad at *all* mat står i et direkte forhold til helse eller sykdom – umiddelbart eller i en ikke definert fremtid. Å snakke om nøytral mat i forhold til helse og sykdom, ser ikke lenger ut til å gi mening.

Et lite og hverdagslig eksempel finner vi i dagligspråket hvor et ord som «magefyll» nærmest er forsvunnet (5). Videre, mens en tidligere kunne si at en spiste noe *som* medisin – og dermed utvetydig indikerte at det var et skille mellom kategoriene, ser vi i dag en endring hvor denne grensen ikke lenger er relevant. Vi inntar ikke maten *som om den skulle være* medisin. Den *er* medisin. Det er neppe urimelig å si at vi er i en prosess hvor maten medikaliseres og medisinen «matliggjøres».

Medikaliseringen av maten har ikke bare gjort spørsmålet om helse og sykdom til en egenskap forbundet med all mat og praksiser knyttet til inntaket av mat. Disse praksisenes moralitet og deres lokalitet er også blitt endret.

La oss først se på *maten*: Noe av det som kjennetegner vår tids medikalisering av maten, er ikke bare at helse har relevans for all mat, men også at denne forbindelse fremstilles som svært konkret og spesifikk. En bestemt matvare, ingrediens eller bestanddel knyttes til en bestemt sykdom eller forbygging av den. I media og mye av helseopplysningen fremstilles dette forholdet som kausalt. Slik blir vi i hverdagen konfrontert med meldinger som for eksempel at tomater forebygger kreft og makrell i tomat hjerteinfarkt.

Et trekk annet trekk ved farmakologiseringen av hverdagsmaten er at mat håndteres som et transportsystem. Direkte og indirekte forholdet vi oss til mat som leveransesystem for vitaminer, antioksidanter, omega 3 etc. (4). Slike mikro-bestanddelar finner vi igjen i et 'scientifisert' hverdagspråk hvor ord som 'antioksidanter' eller 'frie radikaler' sirkulerer lett og ledig. Til tross for at det fleste vil ha store problemer med å redegjøre for hva ordene betyr rent teknisk sett, ser de ikke ut til å være mindre meningsfulle av den grunn. I det daglige vurderings- og kategoriseringsarbeidet av maten som vi gjennomfører og forventes å gjennomføre, finner slike ord sin mening gjennom å fungere som markører for henholdsvis 'god' og 'dårlig' for helsen.

Denne utviklingen er tett knyttet til det som er blitt hetende 'functional food' eller 'funksjonell mat'. Slik mat preger matvaretilbudet i mange europeiske land, men utviklingen har gått noe saktere i Norge. Betegnelsen for denne særegne nye formen for mat er i seg selv bemerkelsesverdig, ettersom mat selvsagt alltid vært funksjonell; den tilfører kroppen næring. Men denne tradisjonelle meningen er på alvorlig vikende front. 'Funksjonell mat' er mat som er modifisert i den forstand at noe er lagt til eller fjernet fra maten i helsen, vitenskapens og matvareindustriens navn. Slik begrepet 'funksjonell' brukes, indikeres det at det er *modifikasjonene* som matvarene gjennomgår, som gjør dem funksjonelle. Gjennom et slikt ordvalg formidler matvareindustrien at kategorien mat i bunn og grunn består av substanser som trenger forbedring eller korreksjon; at det bare er i en slik korrigert eller forbedret tilstand at de kan møte våre helsekrav og er trygge.

Hva så med *lokalitet*? Endringene skjer ikke bare i maten som fysisk substans og med praksiser knyttet til inntak av den, men også i disse praksisers geografi eller lokalitet, idet grensene mellom daglighandel og apotek, mellom kjøkken og kurbad eller klinikk eller helsestasjon er i ferd med å viskes ut.

Figur 1 er ikke valgt bare for å gi et eksempel på hvordan vi i hverdagen beveger oss i lokaliteter hvor den alvorligste sykdom smelter sammen med de mest alminnelige gjøremål, men også for å illustrere hvordan forholdet mellom sykdom og mat fremstilles som en enkel og direkte kausal forbindelse.



Figur 1: Mat mot kreft. (Foto: A.L. Middelthon)

Å navigere i dette terrenget kan selvsagt være smertefullt, og det er heller ikke umiddelbart enkelt. To råd om hvordan vi skal to oss fram i dette terrenget er framtreddende – om enn ikke nødvendigvis enkle og uproblematisk. På den ene siden oppfordres vi til å utvise sunn fornuft (det formuleres gjerne slik), i den forstand at vi må ta rådene om hva vi skal gjøre med en klype salt. Vi må selv finne den måten som er rett for oss. På den andre siden uttrykkes det også klart at det forventes at vi selv sjekker mikroinnholdet i maten vi kjøper. At vi leser tekstene med små skrift på matvarenes emballasje. Vi skal altså stole på våre sunne fornuft, men *samtidig* overgi oss til en tekst som knapt er forståelig for de fleste av oss.

Hva med *inntaket av maten*: Hvis maten som kulturelt fenomen endres, vil det ha konsekvenser for praksiser knyttet til inntaket av den. Mat er en uomgjengelig del av praksiser som spising og det å lage mat til andre og seg selv. Når maten medikaliseres, er det således vanskelig å unngå at ikke også slike praksiser medikaliseres. Spørsmålet om egen og andres fremtidige helse blir en integrert del av spisingen (5). I 1996 foreslo Steven Bratman termen «orthorexia; «orto» (korrekt) + «exia» (appetitt) – altså 'den rette appetitt' for å betegne de mer ekstreme utgavene av å knytte (u)helse til inntaket av mat (4).



Figur 2: Typisk presseoppslag om mat som medisin. (Dagbladet 19.1.2008. Foto: AL. Middelthun.)

Men også ikke-sykelige praksiser vil omfatte vurderinger knyttet til korrekt spising. Dette omfatter også evalueringer av moralsk karakter. Nå har mat og spising neppe noensinne var unndratt moral eller moralisering. Men mens moralske krav tidligere primært var knyttet forpliktelsen til å skaffe *nok* næring til dem en har ansvar for, knytter det moralske seg nå til spørsmålet om å spise *riktig* med hensyn til helse og sykdom. Det kan se ut til at vi som gode borgere har en plikt til å spise rett og til å sørge for at de vi har ansvar for maten til gjør likedan (5).

I tillegg til at inntaket av dårlig mat, forstått som usunn mat, lett blir gjenstand for moralske – for ikke å si moraliserende – vurderinger, oppfattes slikt inntak i økende grad som en markør for at en er litt dum (en vet dog bedre!). Å overse at overtredelse av grensen mellom *fråtsing* og *spising* fremdeles møtes med sanksjonerende moralisering og selv-moralisering, skal også godt gjøres.

La det være sagt at maten evne til å *fungere som markør* strekker seg langt ut over 'helse og sykdomsfeltet'. Roland Barthes klassiske drøfting fra 1961 av matens evne til å fungere som kulturelt og sosialt tegn, og dermed som produsent av sosiale og kulturelle distinksjoner, identiteter og forskjeller, åpnet et nytt forskningsfelt i vestlig sammenheng (6) Siden dengang er det

kommet til en rekke generelle og lokale studier der analyser av mat som kulturelt og sosialt fenomen står sentralt. (I norsk sammenheng, se for eksempel arbeidene (7-10)). Den samtidige medikaliseringen av maten er derimot forblitt forunderlig utforsket som kulturelt fenomen.

Kulturelle grenser og helseforebyggende arbeid

Å *spise* hører ikke med blant de menneskelige praksiser vi *velger*. Vi *må* spise og vi vil alle ha et forhold til mat. Forholdet kan være preget av økonomi, bekymring, glede, kjedsomhet avsky, grenser og grenseoverskridelse, skam, moral, helse eller sykdom. Her har vi forholdt oss til *grenser og endringer av mat som kulturell kategori*. Den nåtidige gjensidige grenseoverskridelsen mellom mat og medisin har vært i fokus. I folkehelsearbeidet er dette grenseendringer som kan komme til å kreve særlig oppmerksomhet for å sikre at de gode intensjoner ikke blir sin egen verste fiende.

I arbeidet med å fremme helse og forebygge sykdom gjennom kosthold, kan en ikke ta for gitt at *mat* og det å *innta mat* er uforanderlige størrelser eller praksiser. Forebyggende arbeid vil med nødvendighet påvirke og endre maten og dens praksiser. Dette er kulturelle og historiske fenomener og størrelser.

Den økte bevisstheten om matens betydning for helse er en utvikling vi alle ønsker velkommen. Men om den særegne formen for fusjonering av kategoriene mat og medisin vi opplever i dag, er den mest hensiktsmessige vei å gå for å sikre folkehelsen, gjenstår å se.

Litteratur

1. Douglas M. *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*. 1966, London: Routledge & Kegan Paul, 1966.
2. Hognestad K.-H.R. *Brød af steen og aand af striler... - «Pastorale» kokebøger i Norge på 17- og 1800-tallet*. Til opplysning. En skriftserie fra Universitetsbiblioteket i Trondheim, 2003(11).
3. Archetti EP. *Guinea-pigs: food, symbol and conflict of knowledge in Ecuador*. Oxford: Berg, 1997.
4. Pollan M. *In defense of food: an eater's manifesto*. New York: Penguin, 2008.
5. Middelthon AL. Når maden blir frelser eller bødde. s.223-39 i: Glasdam S. (ed.) *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck: København, 2009.
6. Barthes R. Toward a Psychosociology of Contemporary Food Consumption. *Annales*, 1979 [1961]. 5.
7. Lien M., *Fra boknafesk til pizza. Sosiokulturelle perspektiv på matvalg og endring av spisevaner i Båtsfjord*. Oslo: University of Oslo: Occasional papers in social anthropology, 1989.

8. Fürst E.L'Orange, *Mat et annet språk*. Oslo: Pax forlag, 1995.
9. Døving R. *Mat som totalt sosialt fenomen. Noen eksempler med utgangspunkt i Torsvik*. 2002, Bergen: Universitetet i Bergen, 2002.
10. Bugge A.B. *Middag. En sosiologisk analyse av den norske middagspraksis*. Trondheim: NTNU, 2005.

Anne-Lise Middelthon
a.l.o.middelthon@medisin.uio.no
Seksjon for medisinsk antropologi og medisinsk historie
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Endring i kostvaner etter migrasjon blant pakistansk fødte innvandrere i Oslo

Michael 2009;6:445–52.

Denne artikkelen er en gjennomgang av forskning foretatt av kolleger, meg selv og våre studenter rundt pakistanske innvandreres kosthold og kostendringer etter migrasjon til Norge. Pakistanerne har høyest forekomst av fedme og diabetes av alle innvandrergruppene, og mye høyere forekomst enn befolkningen i Kharian, der de kommer fra. Dette kan i stor grad forklares av kostendringene, som har ført til høyere inntak av stek fett, sukkerrike varer, kjøtt og meieriprodukter og lavere inntak av grønnsaker, bønner og linser. Kocktürk-Runefors-modellen for kostendringer ved migrasjon er sammenholdt med våre funn. Vi fant at modellen ikke helt stemte, da fornkorskningen av kostholdet er mer gjennomgripende og har gått hurtigere enn forventet. Hovedårsakene er overgang til færre varme måltider og mer brødmat. Barna har vært medvirkende til denne endringen. Forebyggende arbeid bør satse mer på annen generasjons innvandrere, med mer opplysning i skolen og for dem som nå utdanner seg til å bli helsearbeidere.

Ernæring og migrasjon

I 1994 lanserte den amerikanske professoren i food policy, Barry M Popkin, begrepet *ernæringstransisjonen*. Begrepet dekker kostholdsendringer som følge av urbanisering og globalisering av matvaremarkedet i utviklingsland og den påfølgende økning fedmeforekomst (1). Denne transisjonen er senere blitt omtalt som et globalt fenomen (2). Økende migrasjon er en del av globaliseringen. Ernæringstransisjonen blir spesielt dramatisk for befolkningsgrupper fra rurale samfunn i utviklingsland ved overgangen til et liv i storbyer i vestlige samfunn. Hvordan dette slår ut når det gjelder kosthold og helse hos innvandrere i Norge, har vi først fått gode data om de siste ti årene. Helseundersøkelsene i Oslo (HUBRO) i 2000/2001 og tilleggsundersøkelsen (Innvandrer-HUBRO) i 2002, foretatt blant de fem største innvandrergruppene i Oslo (pakistanere, tyrkere, srilankesere, iranere og viet-

namesere) (3), ga støtet til stor forskningsaktivitet rundt innvandrere og deres helseproblemer. Ernæring i relasjon til overvekt og diabetes er ett av de forskningstema som har benyttet seg av HUBRO-data, og som er blitt fulgt opp med kvalitative studier.

Overvekt og diabetes hos pakistanere i Oslo og i hjemlandet

Diabetesforekomsten er spesielt høy i hos innvandrergupper fra Sør-Asia (4). Vi har fortsatt ikke tall for diabetes hos pakistanere i Norge, men forekomsten av hyperglykemi (inkludert selvrapportert diabetes) hos 30-60 åringer ble funnet å være i overkant av 30% (5). Tilsvarende tall fra en undersøkelse i Kharian i Pakistan, hvor norsk-pakistanerne kommer fra, viste en mye lavere forekomst, nemlig 6-8% (6), hvilket innebærer at store endringer må ha skjedd etter migrasjon til Oslo.

Overvekt og fedme er den største risikofaktoren for diabetes. Hele 80% av pakistanerne i Innvandrers-HUBRO ble funnet å være overvektige (BMI over 25 kg/m²) og forekomsten av sentral fedme hos pakistanerne var desidert den høyeste blant de ikke-vestlige innvandrerguppene (7). Over halvparten rapporterte å ha lagt på seg mer enn 16 kilo siden 25-årsalderen, og denne vektøkningen var den høyeste blant de fem innvandrerguppene (8). Zahid og medarbeidere fant en dobbelt så høy forekomst av fedme og en mer ugunstig lipidprofil blant norsk-pakistanerne i Oslo sammenlignet med Kharian (5).

Kostholdet til pakistanske innvandrere i Oslo

Pakistanerne kommer dårligst ut med hensyn til kostholdet i forhold til de fem innvandrerguppene. Til tross for at pakistanere i sitt hjemland har hatt et kosthold med en relativt høy andel av frukt og grønnsaker, viser data fra Innvandrers-HUBRO at de har et lavt daglig inntak av frukt og grønnsaker, lavere enn srilankeserne, men faktisk også noe lavere enn de norsk-ættede i Oslo (9). Anbefalt inntak er fem porsjoner frukt og grønt daglig, mens gjennomsnittet i den norske befolkningen ligger på to til tre porsjoner, hvilket er et av de laveste i Vest-Europa.

Sør-asiatiske innvandrere er kjent for å ha dårlig vitamin D- status på grunn av lavt inntak av vitamin D kombinert med lite eksponering for sol, særlig hos kvinnene (10). Pakistanere spiser langt mindre vitamin D-rik fisk og tran enn srilankesere og norsk-ættede (9). I tillegg fører dette lave inntaket til at pakistanere har lavere innhold av omega-3 fettsyrer i blodet sammenlignet med norske ættede og srilankesere (11).

Fettinntaket er høyt. Dette skyldes ikke bare inntak av fettrike produkter, men også et sjenerøst forbruk av oljer i matlagingen. Mange av de pakistan-

ske varmrettene er *curries* (eller *salen* som de heter på punjabi) med mye olje eller frityrstekte produkter (12, 13). Kostholdsintervju med pakistanske kvinner hvor de oppga sitt inntak over 24 timer (9) viste at fettprosenten utgjorde 40% av energiinntaket. Til sammenligning ligger fettinntaket hos norske kvinner på 30%. Anbefalingene fra WHO er at fettprosenten ikke bør overstige 30%.

Inntak av sukker ble funnet å være lavt i kostholdsintervjuet, men mye tyder på at inntaket er underrapportert. Dette kan skyldes at pakistanere har en klar oppfatning om at spising av søte saker kan føre til diabetes. Diabetes heter for øvrig *sukari* (sukker) på punjabi (13). Eksempelvis viste funn fra Innvandrers-HUBRO at pakistanere drikker cola og brus nesten like ofte som nordmenn som har et høyt sukkerinntak (9). Dessuten viser kvalitative intervjuer at det er mye spising av godteri, etniske søtsaker og desserter, gjerne to til tre ganger i uka (12).

Endringer i matvaner etter migrasjon

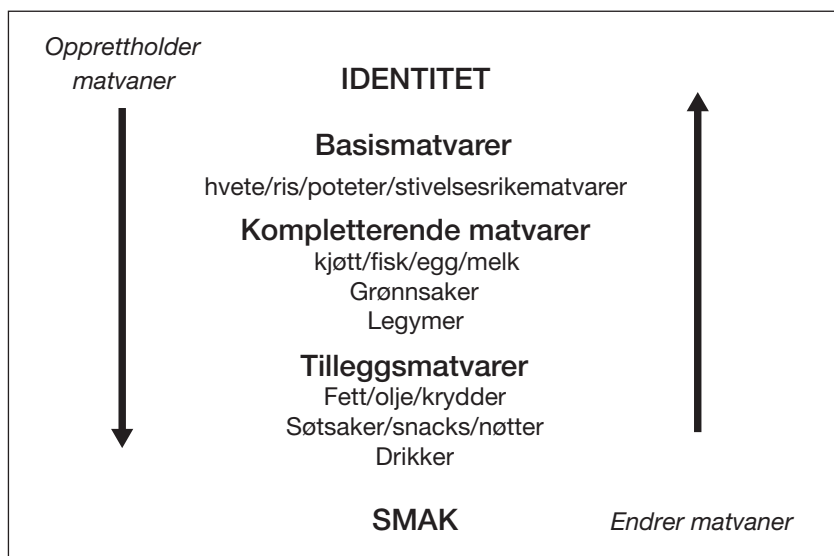
Migrasjon innebærer store omveltninger i levekår og livsførsel, særlig for folkegrupper fra fattige land som migrerer til Vesten. Tilgjengelighet, priser, vertslandets matkultur, videre familie og arbeidssituasjon, samt anbefalinger fra helsepersonell vil påvirke innvandreres kostvaner. Pakistanerne som har migrert til Oslo, er blitt implanert i en helt forskjellig matkultur. De har også ofte fått en annen sosial og økonomisk status (14). Endringene er også ekstra store fordi disse innvandrerne kommer fra en tradisjonell kultur på landsbygda – fra et område som tilhører de mindre moderniserte områdene i Pakistan.

Koçtürk-Runefors-modellen

Koçtürk Runefors har satt fram en modell for hvordan kostendringer skjer i en innvandrerbefolkning (15, 16). Hun deler typer matvarer inn i tre grupper: *basismatvarer*, *kompletterende matvarer*, og *tilleggsmatvarer* (figur 1).

Basismatvarene består av stivelsesrike produkter laget av hvete, ris, mais, poteter etc. som tradisjonelt utgjør en stor andel av det daglige kostholdet. De *kompletterende* matvarene er produkter som kjøtt, fisk, meieriprodukter, bønner, linser og grønnsaker. Disse spises som oftest i kombinasjon med basismatvarene så det blir et helt måltid. *Tilleggsmatvarene* er de som gir ekstra smak til maten eller som spises som snacks, slik som spise fett og oljer, krydder, søte og salte snacks, og forskjellig drikke, som juice og brus.

Det er to krefter som påvirker endringene i spisevaner i motsatt retning. Den ene er *identiteten* som tenderer til å motvirke endring. Den andre er



Figur 1. Endringer i matvaner etter migrasjon. Analytisk modell etter Kocktürk Runefors 1991 (16).

smaken som kan fremskynde endringer. Basismatvarene, som for pakistanere er ris og/eller *chapatti* og *paratha* (ugjæret hvetebrød stekt i smør eller olje), er ifølge Kocktürk Runefors de siste matvarer som blir byttet ut i kostholdet, siden disse bekrefter innvandrernes etniske identitet. Tilleggsmatvarene blir derimot lett inkludert dersom de faller i smak, og de vil etter hvert utgjøre en større andel av den daglige menyen. Endring skjer altså først gjennom tilleggsmatvarene, og sist med basismatvarene.

Når det gjelder måltidene, mener Kocktürk Runefors at det er de mindre viktige måltidene som endrer seg først. Dette gjelder i første rekke de uformelle måltidene, dvs. de som består av snacks. Deretter kommer frokosten, som ofte er det måltidet som er tilknyttet minst tradisjoner, og som i en urban vestlig setting ofte består av mat som ikke trenger tillaging og kan spises i en fart. Middagen er mer motstandsdyktig overfor endring, siden dette er måltidet hvor hele familien er samlet og hvor det blir viktig å bekrefte sin identitet ved å holde på mattradisjonene fra hjemlandet.

Kostendringer i forhold til Kocktürk-Runefors-modellen

I en intervjustudie ble 90 pakistanske kvinner forelagt en liste på 15 nøkkelmatvarer med spørsmål om de spiste mindre, det samme eller mer av hver enkelt matvare (17). Olje, fisk, ost, saft og brus, kjøtt, rå grønnsaker,

og ris var (i synkende andel) de matvarer som det i hovedsak ble spist mer av, mens det ble spist mindre *ghee* (klarert smør), *chapatti* (ugjæret brød), egg og kokte grønnsaker, linser og melk. Disse resultatene er senere blitt bekreftet i materiale fra Innvandrere-HUBRO, som i tillegg viste at det spises mer kokte poteter og frukt (18). Det ble det også funnet at pakistannerne hadde endret sitt måltidsmønster, fra to til tre varme måltider i hjemlandet (12) til ett til to varme måltider pr dag i Norge (18).

Tar vi kategoriene basismat, kompletterende matvarer, tilleggsmatvarer hver for seg, viser ulike kvalitative og kvantitative studier til sammen følgende bilde (12, 13, 17, 18) :

Endringer i basismat

Etter at de undersøkte innvandrerne er blitt bofaste i Oslo, er norsk brød, loff eller kneipp blitt vanlig å spise som tilbehør til middagsmåltidet i stedet for den tradisjonelle pakistanske basismaten, dvs. ugjæret brød (*chapatti*, *paratha*) og ris. I tillegg spises norsk brød ofte til frokost med norsk pålegg, som syltetøy, ost, majones salater, makrell i tomat osv. Det er også blitt vanlig å spise pasta (macaroni, spaghetti osv). Poteter er også blitt introdusert i middagsmåltidene, enten kokte eller frityrstekte, som pommes frites.

Endringer i kompletterende matvarer

Det spises mer curries med kjøtt og fisk, og mindre vegetabiliske curries laget på grønnsaker eller linser. Norske bearbejdede fiskeprodukter som fiskepinner, fiskeboller og fiskegrateng er blitt introdusert i kostholdet. Egg, kokte eller stekt som omelett, blir brukt mer. Mer melkeprodukter blir brukt, som helmelk i te, letrømme og fløte i matlaging og ost som pålegg og på pizza.

Endringer i tilleggsmatvarer

Når det gjelder drikke, er te med melk og sukker fortsatt den vanligste drikken, likesom i hjemlandet. Imidlertid blir det rapportert høyere konsum av Cola, brus og sukret fruktjuice etter migrasjon på grunn av bedre økonomi. Det er blitt svært vanlig med slike drikker til måltider. De blir også i stor grad benyttet ved festlige anledninger. Forbruket av snacks (kjeks, småkaker, potetgull, sjokolade) og godteri er også økt. I tillegg blir det laget tradisjonelle snacks, som *samosa* og *pakora* og *mithai*. Endring av spise- og stekefett har gått fra smør og margarin umiddelbart etter migrasjon, til bruk av billige vegetabiliske matoljer av helsemessige årsaker. Samlet har fettinntaket i kosten økt.

Diskusjon

Samlet viser de forskjellige studiene av kostholdet hos pakistanske innvandrere et mønster som *ikke* følger Kocktürk-Runefors-modellen helt stringent. Det synes *ikke* å være slik at endring skjer først gjennom tilleggsmatvarene og sist i basismatvarene.

En fjerdedel av pakistanerne rapporterte at de spiste bare spiste pakistansk mat. Kocktürk Runefors konstaterer at selv om innvandrere oppfatter at de spiser som i hjemlandet, kan det likevel ha skjedd endringer i kostsammensetningen ved at mengdene har endret seg. Som nevnt spiser de pakistanske innvandrerne mer kjøtt og fisk og fett enn de gjorde i hjemlandet, selv om rettene de spiser er de samme. (12, 13) .

Kocktürk-Runefors-modellen for måltider synes å gi en mer nøyaktig anvisning for endring av sammensetningen av måltidene, nemlig at det er de minst viktige måltidene, som snacksmåltidene og frokosten som blir fornorsket først. Lunsjen er heller ikke viktig lenger, da mannen ofte er på jobb og barna i skolen. Det er kun middagsmåltidet, når hele familien er samlet at den pakistanske matkunsten kan utøves. Weekendene er også spesielle i denne sammenheng, da familien kan samles og det er mer vanlig å ha gjester (12).

Kvalitative undersøkelser viser at barn av første-generasjons-innvandrere har en viktig rolle når det gjelder å forstå hvordan endring skjer og hvorfor de skjer fort. De påvirker matvalget i det pakistanske husholdet i sterk grad (12, 13). Barn som går på skolen og blir eksponert for norske kostvaner, vil gjerne ikke stikke seg ut med annerledes matpakke enn de norske barna. Dessuten endres smaken ved eksponeringen. Pakistanske mødre klager over at de er nødt til å lage mer norsk mat for barna. De liker ikke sterkt krydrete retter og grønnsakscurries. De vil ha norsk mat, brød med pålegg, fiskepinner, pizza og pastaretter.

Konklusjon og implikasjoner for forebyggende arbeid

Endringene som beskrevet ovenfor innebærer at både norske og andre vestlige matvarer er blitt innlemmet i pakistanernes kosthold. Men endringene følger ikke helt Kocktürk-Runefors-modellen. En av forklaringene er barnas sterke påvirkningskraft. Denne tvinger fram en fornorskning av matvarevalget.

Økningen i fedme og kroniske sykdommer som diabetes og hjertekar-sykdommer, kan langt på vei forklares av kostendringene etter migrasjon. Men også redusert fysisk aktivitet er åpenbart også en del av forklaringen. Mange har en mer stillesittende tilværelse i Norge enn i hjemlandet (8, 19). Det kalde været i Norge, engstelse for å falle og mindre spasering for å besøke naboer, er blitt nevnt som årsaker (12, 20).

Erfaringer fra vårt intervensjonsarbeid viser at det er nødvendig med svært konkret opplysningsvirksomhet. Abstrakte utlegninger om kosthold og helse blir ofte ikke forstått, selv med tolk. I tillegg bør man vite at skriftlig materiale er av begrenset effekt. Mange pakistanere kan ikke lese sitt eget talespråk; de er *de facto* analfabeter i så måte.

Unge annen-generasjons-pakistanere er kanskje den viktigste påvirkningsfaktoren for endring av kostvaner og fysisk aktivitet hos sine foreldre og søsken. Informasjon til skoleungdom er derfor viktig. Men det innebærer at helseinformasjon må gjøres relevant for de ulike etniske gruppene i Norge. Mange annen-generasjons-innvandrere utdanner seg nå til yrker innen helsesektoren. De kjenner sin egen kultur og kan språket. Dette gjør det lettere å formidle informasjon og sikre etterlevelse hos pasienter og klienter. Zahid (20) påpeker at det ligger et stort ansvar på norsk-pakistanske helsearbeidere i Norge når det gjelder å sørge for bedre helsestatus hos «sine egne».

Litteratur

1. Popkin BM. The Nutrition Transition in Low-Income Countries: An Emerging Crisis. *Nutrition Reviews* 1994; 52 (9): 285-298.
2. Holmboe-Ottesen G. Globale trender i matkonsum og ernæring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120:78-82.
3. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5640:0:15,1866:1:0:0::0:0
4. Jenum AK, Holme I, Graff-Iversen S, Birkeland KI. Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban western society: Implications for prevention. *Diabetologia* 2005; 48: 435-439.
5. Zahid N et al. High levels of obesity, cardiovascular and diabetogenic risk factors among Pakistanis in Norway compared to Pakistanis in Pakistan. In: *Prevalence of diabetes in Kharian, Pakistan*. University of Oslo: PhD thesis 2008
6. Zahid N, Claussen B, Hussain A. Diabetes and impaired glucose tolerance in a rural area in Pakistan and associated risk factors. Diabetes and Metabolic Syndrome. *Clinical Research Reviews* 2008; 2: 125-30.
7. Kumar BN, Meyer HE, Wandel M, Dalen I, Holmboe-Ottesen G. Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries in Oslo. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2006; 30; 684-690.
8. Kumar BN 2006. *Ethnic differences in obesity and related risk factors for cardiovascular diseases among immigrants in Oslo*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006. (Doktoravhandling)
9. Holmboe-Ottesen G, Råberg MK, Natland ST, Kumar BN, Wandel M. Dietary patterns among South Asian immigrants in Oslo: Implications for preventive measures. *Public Health Nutrition* 2006; 9(7): 66.
10. Holvik, K. *Vitamin D deficiency, alterations in the vitamin D endocrine system and bone mineral density in ethnic groups in Oslo, Norway*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2008. (Doktoravhandling)

11. Høstmark AT, Tomten SE, Holmboe-Ottesen G. Fatty fish intake, *n*-3 fatty acids and self-rated health in middle-aged adults. *European Journal of Lipid Science and Technology*. 2007; 109: 560-6.
12. Mellin-Olsen T og Wandel M. Changes in food habits among Pakistani immigrant women in Oslo, Norway. *Ethnicity and Health* 2005; 10(4): 311-339.
13. Dawes, Twinkle. *Socio-cultural perceptions and practices of dietary choices with focus on fat intake in middle aged Pakistani women in Oslo – a qualitative study*. Oslo: Inst. of general practice and community medicine, University of Oslo, 2006. (Master thesis in International Community Health)
14. Holmboe-Ottesen G, Wandel M, Mostøl A. Sosiale ulikheter i kosthold. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1526-28.
15. Koctürk Runefors T. Changes in food habits and nutritional status of immigrants from Turkey in Sweden. In: Somogyi JC, Koskinen EH (red.) *Nutritional adaption to new life-styles*. Basel: Bibl. Nutr. Dieta., Karger nr. 45, 1990, pp. 157-64.
16. Koctürk Runefors T. A model for adaption to a new food pattern: the case of immigrants. In: Fürst EL, Prättälä R, Eckstöm M, Holm L, Kjærnes U (red.). *Palatable Worlds; Socio-cultural Food Studies*. Oslo: Solum 1991. pp. 185-92.
17. Dhirad A. *Kostholdsendringer og fysisk helse hos førstegenerasjons-pakistanske kvinner i Oslo og omegn*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet 2003. (Prosjektoppgave)
18. Wandel M, Råberg M, Kumar B, Holmboe-Ottesen G. Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo; The effect of demographic, socio-economic and integration factors. *Appetite* 2008; 50: 376-385.
19. Butt F. *Egenomsorg hos type II diabetikere med opprinnelse fra de indiske subkontinent bosatt i Oslo*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2003. (Prosjektoppgave)
20. Zahid W. *Innvandrerers sviktende helse*. Artikkel, Dagbladet 21 desember, 2005.

Gerd Holmboe-Ottesen
 gerd.holmboe-ottesen@medisin.uio.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo

Musikkens rolle og betydning for vår helse og livsstil

Michael 2009;6:453–9.

Musikk og helse omfatter flere områder, ikke bare den terapeutiske situasjonen, men hvordan mennesker bruker musikk på seg selv; for å få sove, for å stresse ned, kanskje for å bearbeide et traume eller en sorgsitasjon. Musikk kan være immunstyrkende, løse opp indre spenninger i kroppen, stimulere fordøyelsen, redusere blodtrykket, gi bedre humør, bedre evnen til læring og øke produktivitet og yteevne. Musikk er sannsynligvis den mest brukte metoden for selvheling på grunn av vår livslange erfaring med musikk, som igjen har gitt oss kunnskap om hvordan den påvirker oss og hvordan vi kan benytte oss av den til ulike formål. Musikk er personlig og kan påvirke oss både positivt og negativt. Musikkens rolle og betydning i forhold til helse og livskvalitet er fremdeles undervurdert. Det er derfor viktig å framheve at musikk er en nødvendig ingrediens i vårt hverdagsliv; et slags personlig, kulturelt husapotek som virker både forebyggende og helsefremmende.

Musikk – en kulturell livsnødvendighet

Musikk gjør noe med oss. Mennesker har i flere hundre år brukt, skapt og observert musikkens helende, reparerende og terapeutiske egenskaper; dvs. dens evne til å kunne tilfriskne kropp og sjel (1,2). Mangelfull vitenskapelig forskning på feltet har ført til et økende fokus på sammenhenger mellom musikk, medisin, helse, kultur og livsstil (3–6), for eksempel ble det opprettet et senter for Musikk og Helse ved Norges Musikkhøgskole i 2008.¹

Det finnes indikasjoner i den eksisterende forskningslitteraturen på at musikk har en plass i klinisk medisin som tilleggsbehandling ved en rekke lidelser, fra pediatri til geriatri, fra akuttmedisin til terminal omsorg (7).

1 Se: http://www.nmh.no/Senter_for_musikk_og_helse

I de fleste kulturer har musikk og rytmer vært en viktig del av helbredelsesritualer, og det finnes vel ikke noe samfunn uten sang og musikk. Både barn og voksne kan dysses i søvn av rolig vuggesang eller egen favorittmusikk, og ulike rytmer setter føttene i sving, keltiske rytmer får hjerte til å hamre, tårer til å renne og blodet til å bruse.

I noen tilfeller kan bruk av musikk redusere behovet for medikasjon, og være en rimelig, kostnadseffektiv intervensjon med få eller ingen bivirkninger (8). Langtidssyke kan fortelle om vellykket selvheling gjennom aktiv og regulerende bruk av musikk i livsfaser preget av sykdom og plager, og ved flere anledninger kan det erstatte behovet for sovemedisin, lykkepiller eller smertestillende (4).

I klinisk medisin har musikk også vist seg å ha smertelindrende og angstdepennende egenskaper, noe som er brukt i intensivmedisinen, både ved diagnostiske prosedyrer og terapeutiske inngrep. Både i pre-, peri-, og postoperative faser har preferansestyrt musikk vist seg nyttig (9-11). Ved kroniske smerter har kombinasjonen av musikk, avspenning og ulike visualiseringsteknikker gitt lovende resultater.

Musikk er tatt i bruk som støtteterapi ved svangerskap og fødsel, i indremedisin, onkologi og pediatri, og musikkens gode effekter kan sees i geriatrien. Rolig musikk før sengetid på aldershjem har gitt reduksjon i forbruk av hypnotika og er et utmerket middel mot insomni (12). Det er gode holdepunkter for at musikk kan spille en betydelig rolle i rehabilitering og symptomlindring ved Parkinsons sykdom, Alzheimers sykdom og andre typer demens. Rytmen fra en metronom kan, for eksempel, bedre ganglaget hos Parkinson-pasienter. En undersøkelse viser for eksempel at Parkinson-pasienter som hadde fått musikkbehandling var mindre deprimerte, mindre engstelige, mer emosjonelt stabile, mer åpne og kommunikative og mer samarbeidsvillige enn pasientene i kontrollgruppen, i tillegg til at deres motoriske funksjon var forbedret (13).

Musikkterapi og musikkmedisin har i etterkrigstiden møtt jevnt stigende interesse i medisinske miljøer, og er blitt anvendt i et økende antall institusjoner og medisinske spesialiteter (14). Musikk er et hjelpemiddel som er enkelt, billig og lite ressurskrevende å ta i bruk, krever lite spesialkompetanse, medfører høy pasienttilfredshet og har få bivirkninger (8). Musikk kan sies å være en salutogen faktor, d.v.s. et verktøy eller middel som gjør oss friske og motstandsdyktige og som fremmer overskudd, trivsel, livsglede og mestringsevne – til tross for sykdom eller livsbelastninger (5, 15). Når livet og musikken knyttes sammen, når identitet kan uttrykkes gjennom musikkopplevelser og musikkvalg, kan musikk spille en vesentlig rolle i minnearbeid og helingsprosesser (16-19). Den musikken vi sier ja til, og

lytter aktivt til, gjør oss godt og gir avspenning, endorfiner og sublimale opplevelser. Slike musiske høydepunktsopplevelser som gåsehud, frysninger, og/eller beskrivelser som 'går rett i margin', 'tar meg av gårde', 'treffer meg i sjela' eller 'gjør noe med meg' viser nettopp til hvordan musikk har denne evnen til å transportere, transcendere og transformere oss på ulike måter som føles godt – en slags lykkerus som synes å gi positiv helseeffekt og motivasjon til å gjøre livsstilsendringer. I de siste årene er det likevel gjort lite systematisk forskning, utvikling og evaluering i forhold til temaet 'musikk og helse' fra et brukerperspektiv i tråd med empowerment-tankegangen (4).

Musikk – et personlig redskap for mestring og selvheling

Det er ingen allmenn enighet om at musikk bør inngå systematisk i helsevesenets virksomhet, selv om bruk av musikk har vist seg å gjøre godt som komplementær behandling og virke helsefremmende. Musikk er sannsynligvis den mest brukte metoden for selvheling på grunn av vår livslange erfaring med musikk, som igjen har gitt oss kunnskap om hvordan den påvirker oss og hvordan vi kan benytte oss av den til ulike formål. Påtvungen musikk kan derimot oppleves som direkte skadelig (15). Derimot viser en longitudinell studie av langtidssykmeldte at sykdom, plager og smerter kan mestres gjennom selvvalgte musiske aktiviteter, og mange kunne vise til hvordan de hadde hentet håp, mot, styrke, trøst og energi gjennom musikken (4). På denne måten kan man si at mange mennesker bruker musikk til å medikamentere eller reparere seg selv. Flere av deltakerne i studien kunne rapporterte om at musikkopplevelser som frembrakte assosiasjoner, minner og refleksjoner kunne fremme bearbeiding av emosjonelle vansker og iverksette selv-helingsprosesser (4).

Musikk er personlig, og musikk må velges individuelt dersom den skal ha effekt på individers heling og tilfriskning; d.v.s. musikkens kraftfullhet synes å være knyttet til biografi og identitet. Sett i et slikt perspektiv kan deltakelse i musiske aktiviteter og lytting til musikk være bevissthetsendrende og bidra til å gjøre viktig valg som påvirker helse og livsstil; f.eks. røykeslutt, økt fysisk aktivitet, styrking av sosialt nettverk, økt selvkontroll og økt livsglede.

Gjennom lytting til musikk kan man få estetiske, selvreflekterende opplevelser som kan virke grensesprengende. Fokus blir da rettet mot egne mestringsstrategier, transformasjon og kreativitet; d.v.s. empowerment i den betydning at musikkopplevelser medfører styrking av selvet i forhold til å påvirke egen livssituasjon. I et slikt perspektiv vil musikkens pedagogiske gevinster være et motstykke til Mozart-effekten (20) og understøtter at

musikk ikke kan være en farmakologisk lydpille (21), noe som støttes av egen forskning (4) og øvrig forskning som viser at om man får velge musikk selv blir virkningen enda bedre (5,9,10-15).

DeNora (16) hevder at vi ikke er passive lyttere, men lar oss lede inn i en bestemt musikalsk tilstand. Vi har klare intensjoner om å la den spesielle musikken virke på en bestemt måte. På den måten kan personer bruke musikken til å regulere sine energier og affekter, til å opprettholde eller avstemme følelser, til å roe ned eller tilføre energi. Musikkformer tilbyr en bestemt mening og rommer en bestemt mulighetsbetingelse for at vi kan gjøre oss erfaringer, framkalle spesielle følelser. Musikklyttingen blir på denne måten en teknologi for å bevare, endre på eller gå inn i nye stemninger, og på den måten kan vi regulere kropp og psyke slik at vi føler oss avpasset i forhold til situasjonen. Når det gjelder depresjoner og angst kan mange pasienter møtes ved at blir klar over de negative tankebaner som er med på å holde dem fast i uheldige mønstre. Gjennom musikkens rensende funksjoner kan man bygge opp konstruktive tankemønstre, samt skape nye kontekster.

I tråd med at musikk er personlig, kan musikk altså påvirke både i positiv og negativ retning. Svært få liker å bli tvunget til å lytte til eller delta i en musikkform de misliker eller rett og slett ikke kan fordra. Forøvrig kan din favorittmusikk beskytte hjertet ditt å få blodårene dine til å utvide seg, slik at blodet flyter lettere. Med andre ord, mens den fine musikken utvider årene, virker det nemlig som om slitsom musikk får blodårene til å trekke seg sammen, slik at blodstrømmen reduseres. Musikken som lytteren synes var fin, fikk blodårene til å utvide seg med hele 26 prosent. Musikken som ble oppfattet som slitsom derimot, fikk blodårene til å trekke seg sammen med seks prosent, slik at blodstrømmen ble redusert. Studien er liten, og det trengs mer forskning for å eventuelt bekrefte funnene, men de foreløpige resultatene antyder at fin musikk kan være bra for hjertet.

Miller (22) hevder at man bør innlemme musikk i vårt daglige liv for å få et sunnere hjerte. En annen studie viser at mennesker med hjerte- og karsykdommer kjemper ofte med angst og stress, især i tiden omkring en operasjon, og bruk av musikk – lytting demper stress og uro, og øker pasientenes velbefinnende, særlig hvis pasienten kan velge selv. Denne studien viser til at pasientprefert musikk er bedre ved intervensjoner enn forskervalgt musikk eller spesialkomponert musikk, f.eks. MusiCure (23).

'Live' musikk gir liv

Det eksisterer en grenseoppgang mellom musikkterapi, musikere som spiller på sykehus og lytting til musikk i hverdagen. Alle tre «felt» handler om

musikk og helse, selv om ikke alt kan betegnes som musikkterapi. Når musikere skal spille i sykehus, må de tenke gjennom repertoar og kommunikasjonsformer på en annen måte enn ved vanlige konserter. Det diskuteres ofte hvilken effekt det har når musikere spiller på sykehus, selv om de ikke er terapeuter.

Trythall (24) har gjort observasjoner av musikere som spiller i helseinstitusjoner. Verdien av å holde institusjonskonsert kommer imidlertid tydelig fram når musikere klarer å lage en konsertsituasjon hvor musikken skaper kontakt og tilknytning mellom publikum og musikken, eller mellom publikum og musikerne, samhörighet blant deltakerne, engasjement og kroppslig aktivitet gjennom bevegelse og dans, nye forbindelser mellom pasienter og personale eller familie m.m.

Levende musikk har også blitt brukt med gode resultater på sykehjemsinstitusjoner, særlig for pasienter med demens. Musikkterapi ved Alzheimers sykdom fremheves i flere forsøksrapporter som et aktivt og konstruktivt tiltak i en situasjon hvor både pasient og pårørende føler seg hjelpeløse.

Musikkterapi har vært tatt i bruk både i sin passive form – der pasienten lytter til musikk som blir spilt enten på instrument eller fra lydbånd – og den aktive form, hvor pasienten improviserer musikk sammen med terapeuten. At vår egen stemme kan anvendes som verktøy er en gammel lærdom som blir stadig mer utbredt i vår tid. Stemmen kan være et bindeledd mellom kropp og sinn. Med pust, lyd og stemme kan vi påvirke både sinnstilstand og kroppslig smerte.

Mer forskning er nødvendig for å få kunnskaper og innsikt i hvordan folk selv bruker musikk som egenerapi og healing i ulike livsfaser. Musikkens betydning i forhold til helse og livskvalitet er fremdeles undervurdert. Musikk som en livgivende kilde – et skattekammer som gir oss nøkler til vårt indre rom, bør vies større oppmerksomhet, interesse og engasjement hos profesjonelle utøvere i helsetjenesten. Avslutningsvis, for å sitere De-Nora's poeng: *Music – in all its formats, styles and genres – could be not only what the doctor ordered, but what the patient may do to heal herself.*

Litteratur

1. Gouk P. *Musical Healing in Cultural Contexts*. Aldershot: Ashgate, 2000.
2. Horden P. (red). *Music as Medicine. The History of Music Therapy Since Antiquity*. Aldershot: Ashgate, 2000.
3. Batt-Rawden KB, Tellnes G. Nature-Culture-Health Activities as a Method of Rehabilitation: An Evaluation of Participants' Health, Quality of Life and Function. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2005; 28: 175 -180.
4. Batt-Rawden KB. Music and Health Promotion: *The role and significance of music and musicking in the lives of men and women with long term illnesses*. PhD thesis, University of Exeter, 2007.
5. Ruud E. Music: A salutogenic way to health promotion? In Tellnes, G. (ed.) *Urbanization and Health. New Challenges to Health Promotion and Prevention*. Oslo: UniPub, 2007.
6. Myskja A. *Den musiske medisin*. Oslo: Grøndahl Dreyer, 1999.
7. Spintge R. Some neuroendocrinological effects of so-called anxiolytic music. *Int J Neurol* 1985-1986;19-20:186-96.
8. Maranto CD. Applications of Music in Medicine. I: Heal M. Wigram T. (red). *Music Therapy in Health and Education*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1993.
9. Brunges M. Avigne RN. Music therapy for reducing surgical anxiety-Clinical Innovations. *AORN Journal*, Nov 2003.
(http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_78/?tag=content;col1)
10. White JM. Music as intervention: a notable endeavour to improve patient outcomes. *Holistic Nursing Care*. 2001; 36:83-92..
11. Good M. Anderson GC. Stanton-Hicks M. Relaxation and music reduce pain after gynaecologic surgery. *Pain Management Nursing*. 2002; 3:61-70.
12. Steckler M. The effects of music on healing. *Journal of Long-Term Health Care* 1998; 17: 42-4.
13. Purdie H. Models of music therapy intervention in stroke rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 1995; 18: 341-50.
14. Escher J. Die Bedeutung von Musik in der modernen Medizin. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1998; 87: 987-96.
15. Ruud E. *Lydlandskap. Om bruk og misbruk av musikk. [Soundscapes. About Use and Misuse of Music]*. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
16. DeNora T. *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
17. Batt-Rawden KB, DeNora T, Ruud E. Music Listening and Empowerment in Health Promotion: A study of the Role and Significance of Music in Everyday Life of the Long-term Ill. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2005; 14: 120-136.
18. Clift S, Hancox G. Music and Wellbeing. I: W Greenstreet (red) *Integrating Spirituality in health and Social Care*. Oxford: Radcliffe, 2006.
19. Sloboda JA. Empirical Studies of Emotional Response To Music. I: Riess Jones M. Holleran S. (red). *Cognitive Bases of Musical Communication*. Washington, DC: American Psychological Association, 1992.

20. Cambell D. *The Mozart Effect. Tapping the power of music to heal the body, strengthen the mind, and unlock the creative spirit.* Rydalmere: Hodder & Stoughton, 1997.
21. Sloboda JA. *Exploring the Musical Mind.* Oxford: Oxford University Press, 2005.
22. Miller M. Beach V. Mangano C. Vogel RA. „Positive Emotions and the Endothelium: Does Joyful Music Improve Vascular Health? *American Heart Association Scientific Sessions.* Oral presentation.11.11.2008.
23. Schou K. *Music Therapy for Post Operative Cardiac Patients. A Randomized Controlled Trial Evaluating Guided Relaxation with Music and Music Listening on Anxiety, Pain, and Mood.* Aalborg University: The Faculty of Humanities: PhD-avhandling.:2008: 352
24. Trythall S. Live music in hospitals: a new ‘alternative’ therapy. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health.* 2006; 126: 113 -114.
25. Batt-Rawden KB. Trythall S. DeNora T. Health Musicking as Cultural Inclusion. I: Edwards J. (red). *Music: Promoting Health and Creating Community in Healthcare.* Cambridge: Cambridge Scholars Press, 2008.

Kari Bjerke Batt-Rawden
kbr@ostforsk.no
Østlandsforskning (ØF)
Box 223
2601 Lillehammer

Bildekunst – nyttig for leger og legestudenter?

Michael 2009;6:460–8.

«Observasjonsevnen oppøves under studiet» ble stadig gjentatt av våre forelesere under medisinstudiet. Å se, å observere, er noe kunstnere, kunsthistorikere og leger har felles. Kunst og medisin har mange møtepunkter. Kunst, spesielt tegning og malerkunst, har etter hvert fått en økende betydning i psykiatrisk terapi. Kunst i psykiatrien kan også plasseres under tittelen ikke-verbal kommunikasjon. Miljøskapende kunst på sykehus er viktig, både for pasienter og personale. Dagens studenter har gjerne forståelse for kunst. De har antakelig oppøvd betydelig visuell evne gjennom TV og databruk. Studentene forstår kanskje etter hvert at medisin er mer enn å kunne skrive resepter og tolke kjemiske analyser.

I mange land er «kunst og medisin» et stort interesseområde. Det ser man lett ved å gå inn på internett. Begynn med søkeordene «art and medicine» og følg linker derfra.

I Norge har medisinerstudenter, sammen med tannlege- og klinisk-ernæring-studenter, i mange år hatt forelesninger med vinkling mot møtepunktene mellom kunst og medisin. Kurset «Kunst og medisin» (1,2) i Oslo har hatt forelesninger og gruppeundervisning i litteratur, bildekunst og sykehusarkitektur, foruten om musikk og medisin. Jeg vil her diskutere bruk av *bildekunst* i undervisningen.

Som eksempler på hva man kan lære om samfunnet i dag, men også om våre foreldres og besteforeldres samfunn, har jeg valgt motiver med tuberkulosepasienter, influensa, og noen av de mange bildene med psykiatriske problemstillinger. Åtti-nitti år gamle bilder kan være like aktuelle i dag. Psykiatri og spanskesyke (influenzavirus-infeksjon) er medisinske emner som fortsatt dominerer i media. Og antibiotikaresistent tuberkulose skremmer oss alle, selv om den foreløpig er sjelden i Norge.

Bildekunst og medisin

Kunsthistorien i Europa har tallrike verker med medisinske motiver, velegnet til innføring i medisinsk tankegang. Også i Norge fikk vi fra ca. 1880, med naturalismen, en rask vekst av bildekunst med medisinske motiver. Dette kan man bruke i studentundervisningen. I stedet for en pasient har man et bilde eller et maleri foran seg, og så kan man observere og diskutere dette.

Både beskrivelse av sykdom og av miljø og samfunn finnes i disse medisinske motivene. Kunstverkene må sees i den sammenheng de ble skapt. I mange tilfeller får man inngående kjennskap både til kunstneren og det samfunn han eller hun levde i. Malerier kan fortelle om vår fortid, og om hvordan tidligere generasjoners individer så på sykdom og død. Deres oppfatninger har også bidratt til vår oppfatning av sykdom.

Tuberkulose

Eksempler på beskrivelse av tuberkulose er bildene med syke piker (3). De mest kjente er Chr. Krohgs (1852–1925) *Syk pike* (1881) og Edvard Munchs (1863–1944) *Det syke barn*. (1885–86). Men mange andre norske kunstnere har også malt syke barn og syke piker. Det virker som om dette var et motiv mange ville prøve seg på. Eksempler er Halfdan Egedius (1877–1899) *Syk pike* (1895), Oscar Wergeland (1844–1910) *Sykt barn* (1906), Rudolf Thygesen (1880–1953) *Syk pike* (1907), Ludvig Karsten (1876–1923) *Ung pikeakt* (1913) og Henrik Rom (1887–1919) *Syk pike* (ca1914).

De fleste av disse maleriene oppfattes som en beskrivelse av tuberkulose, selv om tuberkulosebakterien først ble påvist i 1882. Sykdomsbildet var velkjent.

Munchs mor og søster døde av tuberkulose. Munch brukte sin families sykdom og sin egen angst for sykdom aktivt i sin kunst (4).

Hvorfor piker, ikke gutter? Det er kjent at dødeligheten av tuberkulose hos unge kvinner var større enn hos unge menn. Tuberkulose ble tidligere, i begynnelsen av 1800-tallet ofte, spesielt i England, romantisert. Man snakket om «Den hvite død». At det var piker eller unge kvinner som ble malt, kan også ha en erotisk forklaring. Unge, slanke, bleke kvinner ble oppfattet som vakre.

Angsten for tuberkulose var stor hos våre besteforeldre. I mellomkrigstiden var fortsatt tuberkulose en viktig dødsårsak. Lenge trodde vi at tuberkulose var nesten utryddet, i ethvert fall kunne den behandles. I dag er antibiotikaresistent tuberkulose en av verdens store utfordringer.

Influenza

Munchs *Selvportrett i spanskesyken* (1919) (figur 1) viser tydelig hans angst for døden. Bildet viser en blek, trett mann, med utydelige ansiktstrekk og



Figur 1. Munch E: Selvportrett i spanskesyken. 1919. (Olje på lerret. Foto: Jacques Lathion. Copyright Nasjonalmuseet for kunst, arkitektur og design/BONO 2009.)

en ufyselig seng ved siden av. Flere kunstnere, blant andre. Henrik Rom (1887-1919) og Oluf Wold-Thorne (1867-1919) døde i spanskesyken.

Psykiatri

Mange av Munchs bilder viser hans interesse for psykiatri, spesielt depresjon, angst og sjalusi. Han far, legen Christian Munch (1817-1899) hadde perioder med alvorlig depresjon. Søsteren Laura bodde mange år på institusjon på grunn av et melankoliformt sykdomsbilde. Titlene på Munchs bilder



Figur 2. Riis B: Castraktion. Udatert (ca 1956). (Olje på lerret. Foto: Jacques Lathion. Copyright Nasjonalmuseet for kunst, arkitektur og design/BONO 2009, Oslo.)

Sjalusi, *Skrik*, *Arv*, viser hva han var opptatt av. Han oppfattet nok både tuberkulosen og depresjonene som arvelig betinget.

Bendik Riis (1911–1988) var selv psykiatrisk pasient med flere langvarige opphold på Gaustad psykiatriske sykehus. Han laget, til tross for sin sykdom, mange treffende beskrivelser av helsevesenet og dets behandlingstilbud. *Castraktion* (figur 2) er et godt eksempel på det. Bildet viser en pasient med arr etter både lobotomi og kastrering. Bildets tittel, samt arr i lysken, skal vise kastrering. Lobotomi ble utført på Gaustad, men så vidt jeg vet ble ikke kastrering gjort der. Men det ble diskutert i medisinske miljøer, og testosteronsenkende preparater er blitt brukt. Bildet viser at pasientene på Gaustad var orientert om de medisinske diskusjonene. Og kanskje hadde begrepet kastrering en videre betydning for Bendik Riis? Kanskje ville sykehusoppholdet redusere hans mannlige kraft?

Legerolle og kommunikasjon

Leger, ja alt helsepersonells kommunikasjon med pasientene, er alltid et aktuelt tema. Jacob Gløersens (1852–1912) *Legebesøk* (1885) (figur 3) viser mye av dette. Legen utstråler trygghet og kunnskap. Pasienten og foreldrene



Figur 3. Gløersen J: Legebesøk. 1885. (Kopi av maleri, privat eie.)

har absolutt tillit. Kanskje tilliten var noe som hadde betydning i seg selv. De medisinske kunnskaper har blitt betydelig bedre siden den gang, men tilliten har kanskje avtatt.

Et kunstverk må sees i en sammenheng. Hvorfor malte kunstneren nettopp dette bildet? I hvilken tid, i hvilken historiske epoke? Hva var kunstnerens bakgrunn? Vi må se bildene av medisinske motiver som generelle uttrykk for den tid de ble skapt i. Representerer kunstnere tidsånden, eller «folk flest», eller samfunnet? Hvordan var sykdomsoppfatningene da bildet ble laget? Påfallende ofte vil vi finne at oppfatningen av sykdom og leger er uforandret.

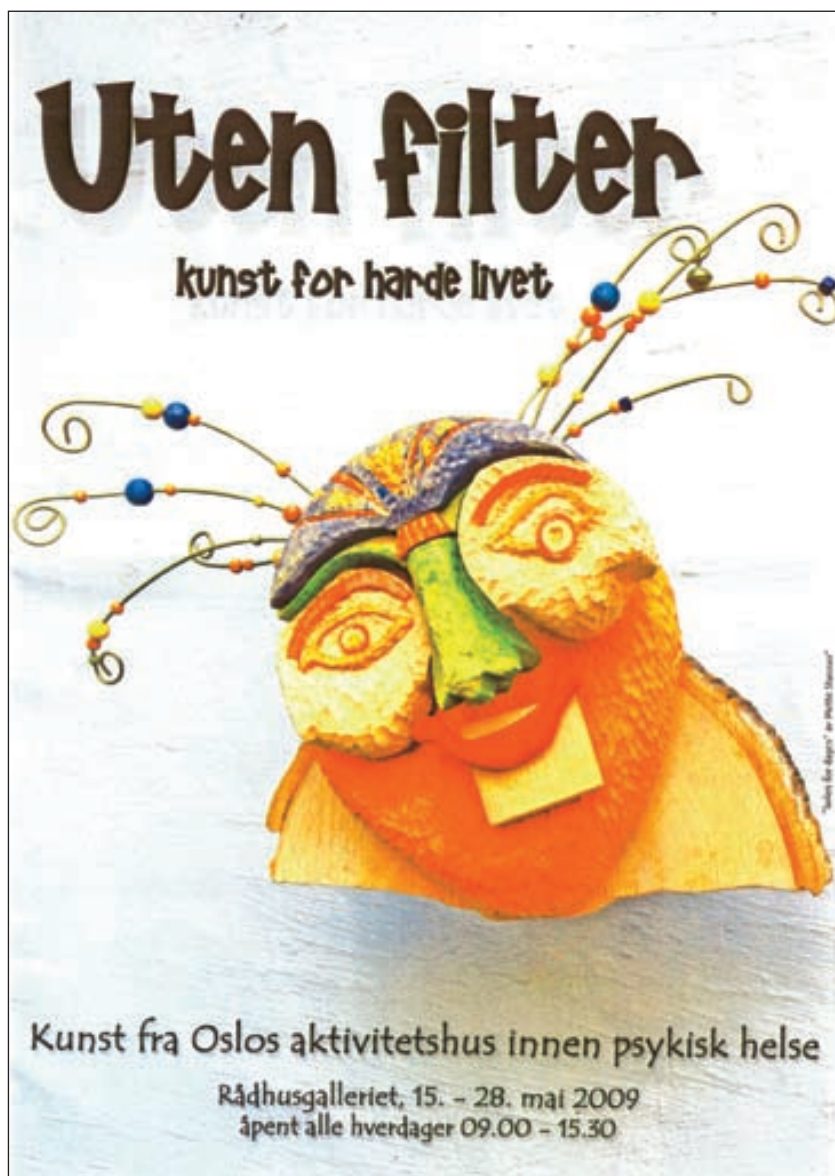
Kunst som terapi

Munchs sykehistorie er også en illustrasjon av at pasienter kan bruke kunst til å uttrykke sine følelser og problemer. Munch hadde store alkoholproblemer. Om det var årsaken til, eller resultatet av hans liv er uklart. Men som mange kunstnere i hans miljø hadde han et stort alkoholforbruk. Øyelegen Max Linde (1862–1940), Munchs tyske mesén, forslo at han skulle tegne og male for å arbeide seg ut av problemene. Etter en kjemperangel ble han i 1907 innlagt på Dr. Jacobsons klinikk i København. Da han var



Figur 4. Munch E: «Den myrdede. Svinet bløder – han vover at smudse os til». 1910. (Litografi, privat eie.)

i bedring fikk han besøke en dyrehage i nærheten. Der tegnet han dyr, og fabulerte om forbindelse mellom dyr og mennesker. Grafikkserien *Alfa og Omega* illustrerer dette. Og en senere karikatur (bilde 4) viser hvordan Oslos borgere ser på den forfyllede kunstneren på bakken, på uterestaurant.



Figur 5. Katalog for kunstutstilling i Oslo Rådhus, 2009.

I dag brukes kunst aktivt i behandling av psykiatriske pasienter. I mai 2009 var det en stor utstilling i Oslo Rådhus av kunst fra Oslos aktivitetshus innen psykisk helse, med tittel *Uten filter, kunst for harde livet* (bilde 5). Elleve av Oslos bydeler viste bilder skapt på forskjellige aktivitetshus. Utstil-

lingen var svært variert. Den kraftige fargebruken gjorde spesielt inntrykk. Katalogen innledet med å sitere filminstruktøren Lars von Trier (f.1956) «som hevder at kunstnere og personer med psykiske lidelser har det til felles at de har et dårligere filter enn andre mennesker, de er mer åpne og vare for inntrykk. Kunst kan være en måte å få sagt det som kan være vanskelig å få uttrykt på andre måter.»

Altså kunst som ikke-verbal kommunikasjon.

Kunst i sykehus

Birgitta Rapp, forskningsdirektør i Stockholms läns museum, har gitt en grundig beskrivelse av kunst i svenske sykehus (5). Dette er et pionerarbeid. Hun starter med å beskrive kunsten i middelalderens klostersykehus, de såkalte helligåndshusene, som fantes over hele Europa. Altertavler og alter-skap hadde stor betydning. Hun går så systematisk gjennom kunstens betydning i helseomsorgen i Sverige i de ulike historiske epokene, Kunsten i de store sykehusene, Karolinska sjukhuset og Huddinge sjukhus får bred omtale. Hun diskuterer til slutt hva slags kunst som passer best for pasienter.

Sykepleier og bildekunstner, nå forsker ved Høgskolen i Oslo, Synnøve Caspari diskuterer forholdet mellom estetikk og helse (6), basert på spørreskjemaer til pasienter og sykepleiere. Dette er et omfattende tema. Lys, natur og farger trekkes inn i moderne sykehusbygninger. Kunst er et supplement til estetikk i sykehus, men kunst er noe mer, for kunst kan formidle et budskap.

Pasientene har glede av kunst. Kunst trøster og gleder. Men kunst for pasienter bør ikke provosere. Nye barneavdelinger legger stor vekt på farger og å vise kunst som barn forstår, for eksempel illustrasjoner fra barnebøker og fra dyrenes liv.

Mye av den kunsten som finnes i sykehus er av enkel kvalitet, som for eksempel innrammede kalenderbilder. Men bevisstheten om kunsts positive virkning er i ferd med å spre seg. Mange helseinstitusjoner har i dag god kunst. Kunst, spesielt grafikk, kan også enkelte steder leies, hvis pasientene har spesielle ønsker.

Hvorvidt man blir friskere av kunst i omgivelsene, er et vanskelig spørsmål. Mange vil nok svare ja på dette, selv om fakta ikke finnes.

Kunstens betydning for de ansatte må heller ikke undervurderes. Arbeidsmiljøet blir bedre av god kunst. Moderne sykehus satser på dette. Og offentlige bygg skal avsette en bestemt sum til kunstnerisk utsmykning. Det nye Akershus Universitetssykehus har gjennomført dette vellykket og profesjonelt, både inne og ute (7).

Diskusjon

I min studietid ble gamle bilder og malerier ofte vist som innledning til foredrag. «Slik var det før, og slik er det nå ». Bildene ble nærmest brukt for å distansere seg fra fortiden og for å si at nå har vi sannheten. Med litt avstand i tid til denne undervisningen ser vi at dette er feil. Et bilde viser bare dagens oppfatning, til nød dagens «sannhet».

Det er ikke meningen at undervisningen for medisinerstudentene skal gi store kunnskaper innen kunst og kultur, men vi ønsker å vise vei mot det kulturelle rikdom som finnes, spesielt i vår nære historie. Noen av studentene blir ivrige etter å ha deltatt i kurset, andre synes det er unødvendig å møte opp fordi det er «lite eksamensrelevant».

Trenger legestudenter kunnskap om kunst og litteratur?

Det kan selvsagt diskuteres, men de fleste medisinerstudenter er realister, og har blitt valgt ut og har blitt belønnet for realistikunnskaper. Norske videregående skoler har, i motsetning til de store europeiske landene, lite kunst og kultur i undervisningen. Medisinere trenger et videre syn på tilværelsen. Den klassiske forskjellen mellom realister og humanister må ikke forsterkes. Medisinere trenger innsikt også i de humanistiske fag. Legestudentene bør oppfordres til å utforske randsonene.

Litteratur:

1. Frich JC. Undervisning i medisin og kunst – hvilket utbytte har studentene? *Michael* 2008;5:245-54.
2. Frich JC, Fugelli P. *Medicine and the arts in the undergraduate medical curriculum at the University of Oslo Faculty of medicine*, Oslo, Norway. *Acad Med* 2003; 78:1036-8.
3. Larsen IF. Syke piker i norsk kunst. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991;11:3663-6.
4. Stang R. *Edvard Munch, mennesket og kunstneren*. Oslo: Aschehoug, 1978.
5. Rapp B. *Konst på sjukhus, til glädje för alla*. Stockholm: Raster förlag AB, 1993.
6. Caspari S *Estetikk og helse*. Oslo: Cappelen Damm AS, 2009.
7. Paasche M, Dahl G, Hovind AB red. *Mer enn det du ser – om kunst og arkitektur i Akershus Universitetssykehus*. Nordbyhagen: Akershus Universitetssykehus HF Helse Sør-Øst, 2008.

Ingegerd Frøyshov Larsen

ifro-lar@online.no

Sofies gate 5

0170 Oslo

Skog og folkehelse – en skogbrukers perspektiv

Michael 2009;6:469–75.

Skogens rolle som helsefremmende faktor inkluderer føde (planter, bær, urter, sopp) og medisinsplanter, i tillegg til å fremkalle fysisk og mental velvære direkte og indirekte. Indirekte helsefordeler av skog er for eksempel at vi finner rent vann og ren luft. Klimakrisen aktualiserer skogens betydning for folkehelsen. Det er viktig å presisere at når vi arbeider med skog og folkehelse i et «vestlig» perspektiv, er det oftest utelukkende for å fokusere på skog, trær og naturområder som helsefremmende faktor for folkehelse gjennom et aktivt friluftsliv og som ledd i terapi, rehabilitering og behandling. I et globalt perspektiv påvirker ikke alltid skog helse positivt. Mange av verdens alvorligste tropesjukdommer rammer store befolkningsgrupper som lever i skogområder. To milliarder av verdens befolkning er avhengige av ved til brensel i matlaging, og det er konstatert nedsatt helse vesentlig hos kvinner og barn på grunn av kullos.

Opphold og bevegelse i skog – en friskfaktor

Skog og folkehelse er skogens, naturens og landskapets påvirkning på sosial, mental og fysisk «velbefinnende». Med det menes aktiv positiv påvirkning, empowerment» gjennom opplevelse eller rekreasjon, behandling eller rehabilitering og mer enn det bare å ha det godt.

At natur (skog, fjell, vann), parker og hager kan påvirke folkehelsen, er ikke noe nytt. Gjennom tidene har troen på naturen som helseforbedrende kraft gått opp og ned. Det fins mye dokumentasjon helt fra 2000 år før Kristus og like til våre dager som vitner om natur og hage som en friskfaktor.

Året 2007 er det første året da man antar at majoriteten av jordas befolkning bor i et bymiljø. Det er en ny situasjon som stiller nye krav både til stedet og dets innbyggere. Siden stadig flere bor i byer, betyr det også at stadig mer av friluftslivet foregår innenfor eller i utkanten av byer og

tettsteder. Det betyr også at naturområdene og parkene får viktigere funksjoner.

Våre nordiske byparker ble til på midten av 1800-tallet for å tilby innbyggerne sollys, frisk luft og grønne opplevelser. Den tids folkesykdommer hadde sin årsak i dårlige boforhold, farlige arbeidsplasser, mat med lite næringsinnhold, forutenaltfor dårlige sanitær- og hygieneforhold.

I dag er den største trusselen mot folkehelsen forårsaket av at vi lever et mer stillesittende liv i hus og har en mer stressende tilværelse. Det kan generere sykdommer som depresjon, angst, utbrenthet, sykkelig fedme, hjertesykdommer, diabetes II og beinskjørhet (7).

En viktig friskfaktor utgjøres av natur, parker og terapihager i prosessen for å forebygge dårlig helse og få tilbake god helse. Hvordan er så dette i dag? Er det slik at naturen kan være bra for folkehelsen?

Utvalgte undersøkelser og teori

I en svensk studie (8) ble følgende spørsmål stilt: Hva vil du anbefale en god venn å gjøre om han eller hun kjenner seg stresset og urolig? De nesten ett tusen respondentene svarte at det de ville anbefale først og fremst var: «Gå en tur i skogen». Dernest: «Lytt til beroligende musikk» og på tredjeplass kom: «Hvil deg ut i en lugn og rolig park». Disse svarene kan tolkes som at vi også i dag har en iboende følelse for hva som er bra for oss, nemlig det å være i naturen.

Framfor alt er det to kjente teorier som kan bidra til å forklare dette, nemlig *Attention–Restoration Theory*, (ART) formulert av Stephen og Rachel Kaplan (3) og *Aesthetic–Affective Theory* (AAT) formulert av Roger Ulrich (9). ART handler om menneskers egenskap til å sortere informasjon. Når vi mennesker befinner oss i et unaturlig miljø, benytter vi oss av et system som kalles *Directed Attention System*, DAS. Det er begrenset og krever energi. Bruker vi DAS for mye, uten mulighet til å hvile, (i våken tilstand) blir vi mentalt trøtte. I naturmiljøer benytter vi oss av et annet system *Soft Fascination*. Dette systemet er ikke begrenset og innebærer at vi ikke sorterer, men derimot «skanner» miljøet.

AAT tar sitt utgangspunkt i at mennesket på en nesten ubevisst måte spontant kan oppleve om et miljø er bra for oss eller ikke. I et unaturlig miljø kan vi ikke stole på våre affekter eller reaksjoner. Vi må derimot stole på menneskers logiske tenking, noe som i lengden er mentalt trøttende.

Flere undersøkelser støtter opp under disse teoriene. Det er et signifikant forhold mellom stress og hvor ofte og hvor lenge mennesker oppholder seg i natur/park/hage (8). Jo oftere og lengre vi er i naturen, desto færre tilfeller av stress.

Studier viser også at folk ønsker å besøke naturen mer enn de egentlig gjør. Hindringen er mangel på tid og at avstanden fra hus og hjem til nærmeste naturområde er for langt. Dersom man bor mer enn 300 meter fra naturområdet, besøker man det markant mer sjelden og lider som følge av det av mer stress enn de som bor i naturområder.

At hjemmet ligger nær et naturområde er altså viktig for folkehelsen. Hjemmemiljøet er også av stor betydning. Jo mer natur og grønt en har innpå seg, desto bedre er helsen. Studier viser at de som bor i hus med stor hage har bedre helse enn de som bor uten hage eller balkong (2).

En stor del av livet vårt utspilles på arbeidsplassen, og selv om de har blitt tryggere og sikrere viser studier at tilgang på natur er av betydning for vår helse og trivsel. Å ha en utsikt over et grønt område påvirker helsen positivt, også om arbeidstagerne har mulighet til å gå ut i en hage i løpet av dagen (2).

Professor i psykologi Anne Inger Helmen Borge har innført begrepet «skog-psykologi» og mener med det skogens betydning for vår mentale helse. Hennes studier av disse forholdene er et viktig bidrag til en dypere forståelse av hvordan pasienter kan oppnå vellykket rehabilitering gjennom ny erfaring og nye utfordringer og bedret psykisk velvære ved å være i naturen (1).

Opphold i og nær naturen har også vist at pasienter som er i ferd med å komme seg etter operasjoner og alvorlige sykdommer som for eksempel kreft, raskere blir friske både fysisk og mentalt (9).

Opphold, aktivitet og arbeid i hage og natur har i følgende effekter: Terapeutiske, beroligende, «grounding», aktiviserende, distraherende, fokuserende og helende (6).

Tett skog med vann omgitt av trær reflektert i vann, ble utpekt som vakrest i en undersøkelse blant preferanser for forskjellige skoglandskap. Japanske, koreanske og amerikanske voksne deltok i en spørreundersøkelse der de valgte mellom ulike foto av forskjellige naturlandskap. Alle valgte først og fremst vann og vegetasjon i mest naturtro utforming, mens park- og hagelandskap ble foretrukket sjeldnere (10).

Mange av dagens folkesykdommer er et resultat av inaktivitet. Fedme, diabetes, hjerte og karsykdommer, lidelser i muskel og skjelettapparatet er sterkt utbredt og det ser ikke ut til at det er avtagende med det første. Mye av dette er på grunn av at mange i den vestlige verden lever et for inaktivt liv. Mange plager skyldes ensformig arbeid. Selv om dette har blitt bedre etter at helse-miljø-sikkerhet (HMS) har fått mer fokus, er det fortsatt belastningslidelser grunnet ensidig arbeid.

Mange av disse plagene vil kunne ha god prognose med naturlig aktivitet. Det er bevist at det reduserer stress og angst, samt at det er bevist godt for mange psykiske lidelser. Aktivitet frigjør endorfiner og kan virke smerte-

dempende som i sin tur kan få mange til å komme i et mer normalt bevegelsesmønster, reduserer spenning og det kan bidra til å snu en ond sirkel med smerte-angst-spenning-smerte. Videre kan dette hjelpe mange å leve med plagene sine. Alle har plager, men det er mulig å være aktiv og ha god helse selv om man har plager.

Gange i ulendt terreng vil stimulere og trene balanse, koordinasjon, opp trening av støttemuskulatur og bevegelighet i ulike ledd. Videre vil utholdenhet og styrke kunne trenes opp naturlig av de mange ulike bevegelsene som det å bevege seg i naturen gir. Samspill øye-hånd og øye-fot får god trening da en må ta seg for mot et tre eller flytte unna en gren mens man går; eller man ser på en vakker bekk mens man trækker på ei skrå rot eller lignende.

Aktivitet i naturen vil kunne bidra til å normalisere styrke, bevegelighet, bevegelsesmønster, sirkulasjon, utholdenhet og spennings- og avspenningsgrad. Forskning viser at mange med ulike plager har veldig god effekt av å bevege seg etter «REMA prinsippet»: Det enkleste er ofte det beste. Rett og slett å bevege kroppen så naturlig som mulig. Hva er da mer naturlig enn å bevege seg i skogen? Det er jo det vi i bunn og grunn er laget til: å bevege oss i skog og mark. Selvsagt gjelder ikke denne tilnærmingen alle helseplager, men overraskende mange!

Ettersom stadig flere mennesker bor i byer, er det viktig at byene tilpasses etter det moderne menneskets behov. Å betrakte naturområder, parker og hager som helsefremmende byggeelement, kan altså bidra til at folk holder seg friskere. Å sørge for at naturområdene er tilgjengelige for alle i samfunnet kan være et effektivt, vakkert og et temmelig billig bidrag til å få en sunnere befolkning.

Det er stort behov for mye tverrfaglig samarbeid innen helse, pedagogikk og undervisning også på pasient- og brukernivå. Aktiv bruk av skog og natur i en slik relasjon mellom pasient og helsepersonell er en viktig innfallsvinkel når det gjelder å bli frisk fra sykdom, mestre en kronisk sykdomstilstand eller unngå forverring av sykdom. I dette arbeidet ser en stor nytte av å fokusere på og motivere til bruk av skog og mark som bevegelses- og mest-ringsarena. En utfordring generelt er å få ulike instanser til å dra sammen for å få til bedre folkehelse.

I de europeiske land er det gjennomført flere studier av skogens rolle med hensyn til rekreasjon. Forskning i Japan og Korea er startet opp for å studere skogens betydning ved behandling og rehabilitering.

Det er med god grunn at mange av oss sverger til skogen for å få ro i sjelen og påfyll av energi. Undersøkelser viser at trær og mikroorganismer i skog skiller ut mer enn 100 ulike organiske stoffer. Det lukter godt, men trekkes også ned i lungene hvor noen av stoffene finner veien inn i blodet.



Enkelte japanske forskere tror at dette kan forklare hvorfor diabetikere får lavere blodsukker av å oppholde seg i skogen. I Japan har man faktisk så stor tro på dette at man snakker om skogsluftbad: *shinrin – yoku*.

Inn på tunet – Inn i skogen – arbeid, aktivitet og behandling

«Grønn omsorg»- begrepet er «moderne», men metoden har vært praktisert lenge før noen hadde hørt ordet institusjon. De siste årene har behandling av fysisk og mentalt syke personer i såkalt «grønn omsorg» økt i omfang (4). Gjennom nettverket *Inn på tunet* tilbyr bønder arbeid og aktivitet og behandling på gården. Aktivitetene er i hovedsak knyttet til produksjon av planter og stell av dyr.

Det er et stort potensial i å utvikle flere skogrelaterte aktiviteter og legge til rette for mer eller mindre organisert friluftsliv og fysisk aktivitet i skog og utmark: «*Inn på tunet – Inn i skogen*». Skogen har stort potensial innen rehabilitering og aktiv behandling i tillegg til det vanlige friluftslivet (5). Dette krever planlegging og tilrettelegging, først og fremst for å gi områder bedre tilgang og ferdselsmuligheter også for dem som er bevegelseshemmet.

Utdanning – forskning

Innen emnet *Skog og folkehelse* er det stort behov for utdanning, kompetanseheving og forskning.

Det ligger i selve begrepet at dette er tverrfaglig. Det er en formidabel utfordring å koble denne tverrfagligheten til et konstruktivt samarbeid og

felles forståelse for hvordan aktivitet, rehabilitering og behandling kan utføres i praksis. Det er også behov for en felles forståelse for metodikk og evaluering innenfor og av ulike tiltak.

Dette igjen krever en tilpasset utdanning av lærere, helsepersonell så vel som utøvere og tilbydere av helsetjenester basert på skogsressurser på en eiendom.

Skolering av en utvidet vertskapsrolle hos bonden eller tilbyderer er viktig også med tanke på verdiskaping og næringsutvikling for å få til solide, bærekraftige, langsiktige tilbud.

Skognæringen satser

Det norske Skogselskap har skog og folkehelse som et av sine satsingsområder. Visjonen er: Alle mennesker skal få oppleve skog som en verdifull kilde til livskvalitet.

André Bjerke (1918-85) skrev:

*Vi trenger skog til mer enn ved på peisen,
avispapir, kartong og veggpanel.
Vi trenger skog til drømmens båt på reisen –
Og til å bygge kirken i vår sjel.*

Litteratur

1. Borge AIH. *Forest and mental health*. Landbruksøkonomisk Forum, LØF 2000; 1: 49-57.
2. Holm S & T Tvedt. *De grønne områder og sundheten*. Forskningsenter for Skov og Landskab 1998; hefte 19 pp.
3. Kaplan R & S Kaplan. *Experience of Nature. A psychological perspective*. Cambridge University Press 1989.
4. Larsmon M. *Therapeutic Aspects of Forests and Rehabilitation*. Notat til WG3, COST E 39, arbeidsmøte Alnarp 2006; 8 pp.
5. Lykke J. *Skogen i natur og næring i Norge*. Oslo: Gyldendal norsk forlag i samarbeid med Det norske Skogselskap, 1988.
6. Parr H. Mental Health and Nature: Gardening, Recovery and Social Citizenship. Forests, Trees, Human Health and Wellbeing, *Proceedings First European COST E 39 Conference*; 2005: 139-149.
7. Tellnes G. *Samspillet Natur – Kultur – Helse. NaKuHel-konseptet i teori og praksis*. Unipub Forlag 2003; 151 pp.
8. Stigsdotter U & P Grahm. Nature and health. *Journal of Therapeutic Horticulture* 2003; 14: 39-48.

9. Ulrich R. View from a window may influence on recovery from surgery. *Science* 1983; 224: 420-421.
10. Yang, B.E. & R. Kaplan. The perception of landscape style: A cross-cultural comparison. *Landscape and urban planning* 1990; 19: 251-262.

Ann Merete Furuberg
meretefuruberg@gmail.com
2256 Grue Finnskog

Er meditasjon medisin?

Michael 2009;6:476–85.

Hører meditasjon med i medisinenes randsone? Ut i fra nyere forskningsdata kan det være riktig å besvare spørsmålet med ja. Meditasjon påvirker fysiologiske variabler og enkelte sykdomstilstander gunstig. Likeledes kan meditasjon oppfattes som en interessant kulturimpuls som kan forankre mennesker bedre psykologisk og virke som en motvekt mot overflatekultur og tidsjag. Meditasjon brukes av mange som effektiv stressmestring. Forståelsen av meditasjonspsykologi og potensielle helseeffekter av meditasjon er ennå i sin begynnelse. Meditasjonsforskningen trenger å bli metodisk bedre for å gi sikrere svar.

Sammenhengen mellom psyke og soma har vært kjent i hele medisinenes historie. De senere tiår har denne sammenhengen blitt ytterligere verifisert av forskningsresultater som har støttet at psyken påvirker kroppslige funksjoner og motsatt. Både innenfor kardiologi, kardiovaskulære risikofaktorer, arbeidsliv, psykiatri og immunologi foreligger data som peker på at stress er en selvstendig risikofaktor for utvikling av sykdom. Allikevel er det nok riktig å si at selv om sammenhengen psyke-soma og betydningen av stress som sykdomsfaktor har klinisk aksept, har forståelsen ikke så mye operasjonell gjennomslagskraft i klinisk medisin. Utover en god samtale om hva problemene gjelder, råd om å ta det mer med ro og andre livsstilsendringer, hva kan allmennlegen gjøre overfor personer som har stressproblemer? Spørsmålet kunne reformuleres til: Hva kan pasienten selv gjøre? Den legemiddelinduserte avslapning kan kun brukes på streng indikasjon i noen sammenhenger.

Behov for stressmestring er åpenbart viktig og er generelt et omtalt tema i allmenn debatt. Avspenningsteknikker har blitt økende brukt de senere tiår. Basert på forskning og erfaring tar denne artikkelen sikte på å presentere synspunkter på meditasjon tilrettelagt for leger, først og fremst allmennleger.

Hva er meditasjon?

Vanligvis bruker man begrepet «meditasjon» om avspenningsteknikker som anvendes ikke bare for å oppnå avspenning, men også for å oppnå psykologisk, eventuelt åndelig vekst. Meditasjon brukt i denne artikkelen betegner en aktivitet, en handling, og altså ikke refleksjoner over tilværelsen, meditasjoner, over tilværelsen. Meditasjon er ikke en tilstand. R. Cardoso har laget en god operasjonell definisjon på meditasjon i helsemessig sammenheng: *bruk av en spesifikk og definert teknikk, hvor spontan avspenning er involvert, uten forventning om resultatet, og det er en selvinduserende tilstand som involverer oppmerksomheten* (1).

Meditasjon rubriseres gjerne under fellesbetegnelsen «avspenningsteknikker». En viktig distinksjon blant disse er mellom konsentrasjonsteknikker (autogen trening, progressiv muskelavslapning) og ledighetsteknikker (meditasjon, yoga, mindfulness meditation, the relaxation response) (2). Førstnevnte gruppe anvender konsentrasjon som mental holdning for å oppnå avspenning. Ledighetsteknikkene anvender en ledig, ikke-konsentrerende holdning til enten pust (for eksempel Vipassana, mye anvendt pusteteknikk, blant annet innenfor mindfulness meditation) eller i forhold til gjentagelsen av en meditasjonslyd (transcendental meditasjon, acem meditasjon, mantra meditasjon).

Forskning de senere år har i større grad studert ledighetsteknikker, sannsynligvis fordi både kliniske og forskningsbaserte erfaringer på forskjellige steder i verden tyder på at ledighetsteknikkene er mest virkningsfulle.

Meditasjon i moderne tid – et kort overblikk

Meditasjon har de siste 40 årene fått periodevis oppmerksomhet i Vesten. The Beatles' meditasjonserfaringer på slutten av 1960-tallet tiltrakk seg verdenspressens øyne. I kjølvannet av 1960-tallets tenkning er det nok også riktig å si at det ble fremsatt utopiske forestillinger om hva meditasjon kunne føre til. På 1980- og 90- tallet har meditasjon fått varierende oppmerksomhet. Mer nøkterne syn på meditasjon nå enn for ti år siden preger debatten. I dag er det ganske vanlig å praktisere en avspenningsteknikk (3-5). Helsemessige og psykofysiologiske effekter av meditasjon står i fokus.

Forskning på meditasjon

På 1970- og 80-tallet ble forskning på meditasjonseffekter presentert. EEG viste mer teta-, gamma og alfa bølger hos mediterende, oppfattet som tegn på avslapning. Hvilemetabolismen ble nedsatt under meditasjon, mer enn ved søvn (6). At meditasjon kunne indusere «The relaxation response», i motsetning til den etablerte stress responsen, ble vist av Harvard-professoren Herbert Benson (7).

Forskning på 1990-tallet på en av meditasjonsteknikkene, transcendental meditasjon (TM), ble etter hvert kritisert, og med rette. Kritikken reiste tvil om forskningens etterrettelighet, påpekte at den ikke syntes å være uavhengig og hadde innslag av markedsføring (8,9).

I 2004 kom den første norske doktorgraden på meditasjonseffekter av norskutviklede Acem-meditasjon (10). Funnene indikerte at meditasjon kunne redusere stressreaktivitet, forbedre skyteprestasjon, bedre arbeidsøkonomi og modulere noen immunologiske stressresponser. Nevrohormonet melatonin var høyere hos mediterende og ble diskutert som mulig mediator av avspenningsrespons.

Senere ble metodiske krav til meditasjonsforskning tydeligere formulert i Canters og særlig Ospinas og medarbeideres viktige oversiktsartikler. Hovedkritikken var at studiedesignene var for dårlige. Ospinas artikkel kan danne mal for metodisk kvalitetsstandard for fremtidig meditasjonsforskning (11).

Noe av det mest spennende som har skjedd på feltet i det siste tiåret er at man, med blant annet moderne MR teknikker, har akkumulert interessante data om hvilken hjerneaktivering som er karakteristisk for meditasjon. Ved EEG-registreringer er det tydelig at både alfa-, teta- og gamma-bølger øker i styrke (11,12), og at det også fremkommer økt koherens og synkronisitet i alfa- og gamma-frekvensene (13). Meditasjon over flere år har vist seg å føre til økt hjernemasse i utvalgte områder av cortex (14). Både EEG-studier og moderne billed-dannende teknikker viser at det er økning av hjerneaktiviteten i frontal-lappen, spesielt i prefrontal cortex og fremre del av gyrus cinguli (15,16).

Dette passer bra med psykologiske forklaringer på meditasjon i det disse områdene i hjernen har med overordnet styring, jeg-funksjoner, autonom regulering, emosjonalitet og oppmerksomhet å gjøre.

Likeledes foregår spennende forskning som indikerer at én måte avspenning kan skje på, er ved endring av autonom balanse i parasympatisk retning, selv om bildet er sammensatt (17,18).

For dem som ønsker oppdatert oversikt over meditasjonsforskning, kan den relativt kortfattede boken *Fighting Stress* anbefales (19).

Effekter

Effekt av stressmestring og avspenningsteknikker er ofte slått sammen i meta-analyser. Dette kan skape metodeproblemer fordi begrepet stressmestring er så bredt definert. Allikevel kan det summeres opp at i meta-analyser er det dokumenterte effekt av avspenningsteknikker på:

- *jobbstress* (20)
- *tinnitus* (21)

- *migrene* (22)
- *mestring av kreft, særlig å håndtere belastende stemningskiftninger og vegetative symptomer ved cellegift* (23)
- *søvnvansker* (24)
- *ryggsmarter* (25)
- *hjerte reinfarsering* (26)
- *høyt blodtrykk* (27) og
- *angst* (28).

En Cochrane-analyse viste ingen effekt av avspenningsteknikker på astma (29).

Trenger leger å vite noe om meditasjon?

Ca. 10 % av befolkningen i Sverige og USA har forsøkt en avspenningsteknikk, hvorav ulike typer meditasjon er de vanligste (3-5). Ca. 60 000 mennesker har lært den mest utbredte avspenningsteknikken i Norden, Acem-meditasjon. Allmennlegen vil således komme bort dette i sin praksis, enten i møte med pasienter som har brukt teknikkene eller fordi legen skal forholde seg til informasjon om avspenningsteknikker.

Allmennleger synes selv å ha godt utbytte av kurs i meditasjon (30). Legeyrket, kanskje med vakter, er anstrengende og kompensasjoner er nødvendig.

Uavhengig av legens personlig holdning til meditasjon kan dette være interessant å vite noe om fordi meditasjon kan sees som en modell for avspenning. Er det et reelt fenomen? Hva karakteriserer avspenningsfysiologi? Kan man indusere avspenning selv? Hvordan influerer evne til avspenning på evne til aktivitet? Aksens stress-avspenning er interessant å vite noe om for de fleste. Tankvekkende nok foreligger det atskillig mer viten om stress enn motsatsen, den ønskede avspenningen.

Det foreligger begrenset med data på bruk av meditasjon hos pasienter. Det er holdepunkter for at meditasjon kan anvendes for eksempel hos hypertonicere (27). En meditasjonsteknikk som har vært mye anvendt ved belastningslidelser er mindfulness meditation (oppmerksomhetsmeditasjon) (31). Offisielle retningslinjer for pasientbehandling inneholder ikke direkte råd om bruk av avspenningsteknikker selv om det enkelte steder er nevnt at pasienter bør søke avstressing.

Er man som lege involvert i en situasjon hvor det er snakk om at pasienten skal bruke meditasjon, må man diskutere dette individuelt med pasienten. Pasientens motivasjon vil være avgjørende.

Et annet spørsmål legen kan bli stilt, er om meditasjon kan kombineres med psykoterapi. Vanligvis vil disse to aktiviteter gå godt sammen, men

dette bør drøftes med terapeuten. Meditasjon vil sensitivisere eget følelsesinnhold som kan brukes i terapeutisk sammenheng.

Er meditasjon farlig? For de aller fleste er svaret nei. Meditasjon i seg selv er ikke jeg-svekkende. Er pasienten psykotisk, eller psykosetruet, og bruker meditasjonstid ikke til meditasjon, men til psykotiske fantasier, kan det være uheldig.

Hva kan meditasjon gi?

Det er godt belegg for å si at meditasjon er en god stressmestringsteknikk. Et samfunn på høygir krever stor evne til å takle stress hos borgerne. Meditasjon gir oftest etterlengtet sinnsro. Behagelig avspenning kan også sees som en luksus i livet, ikke bare de materielle luksusverdier. Det å vite at man har slike pusterom gjør at livsdeltakelsen på andre felter kan øke. Meditasjonens rekreasjon kan være nyttig og kompletterer godt et aktivt ytre liv.

Likeledes kan meditasjon være et godt verktøy i arbeid med personlig vekst for dem som ønsker det. Både bearbeidelse av nært i tid pådratt stress, men også av tidligere pådratte belastninger fra oppvekst, er mulig. Meditasjon kan være et spennende verktøy til å være i nærhet til egne følelser og finne bedre kanaler for dem i dagliglivet og i nærrelasjoner.

Hvor er man i livet? Meditasjon kan hjelpe til å kjenne etter og reflektere. Meditasjonens kroppsnære tilnærming til å kjenne på egen, og også andres, situasjon, kan være et positivt korrektiv til intellektualisering av personlige og relasjonelle utfordringer.

Meditasjon er primært en aktivitet, en trening, i ledig, aksepterende holdning til sinnets spontanaktivitet og til å bearbeide kroppslige og mentale spenninger. En ledig holdning er det motsatte av konsentrasjon. Sinnet kan ikke tvinges, i hvert fall ikke hvis man ønsker psykologisk vekst. En vanlig læring i meditasjon er etter hvert å oppdage hvor mye man presser for å styre sinnet og holde unna spenninger.

Trening i ledighet i forhold til seg selv, dvs. å anvende en ikke-konsentrerende, ikke-styrende, holdning, som impliserer akseptering av tankeinnhold, stemninger og kroppssignaler, er en av de viktige læringer meditasjon kan by på, og er trening i selv-akseptering.

Operasjonelle handlingsorienterte uttrykk beskriver meditasjon best. Hverken beskrevet som prosess eller som resultat er meditasjon en tilstand. Slik sett kan meditasjonsresultatet ligne resultatet av fysisk trening. Aktivitet gir resultat.

Daglig meditasjon varer vanligvis mellom 20-30 minutter. Enkelte meditasjonsorganisasjoner, blant annet Acem, tilbyr kurs med lengre meditasjoner

som kan vare i atskillige timer. Dette potenserer effektene (10). Lengre meditasjoner åpner opp for mulighet til å arbeide med dypere sider av personligheten. En ledigere og mer avklart holdning til livet er mulig å arbeide seg henimot.

Langsiktig positive helseeffekter av meditasjon er ikke godt avklart. Det er sannsynlig at regelmessig stressmestring over tid er gunstig for helsen.

Meditasjon kan være et spennende korrektiv til noen av tidens strømninger. I dag kan meditasjon sees som et pusterom fra underholdningspress og mediafokusering og et utgangspunkt for refleksjon og ettertanke.

Hva skjer under meditasjon?

Ulike typer meditasjon anvender ulike måter å fokusere oppmerksomheten. Konsentrasjonsteknikkene anvender en sterk fokusering på et meditasjonsobjekt for å oppnå avspenning. Ledighetsteknikkene anvender en avslappet fokusering i forhold til pust eller en meditasjonslyd, som også tillater noe av sinnets spontane tankestrøm å slippe til. I det følgende beskrives noen aspekter av to sentrale teknikker, Acem meditasjon og mindfulness meditation. Noen aspekter vil være allmenngyldige for alle typer meditasjon, andre gjelder kun den beskrevne teknikken.

Acem-meditasjon

Man sitter komfortabelt i en seng eller en stol med lukkede øyne og god ryggstøtte, allmenngyldig for de fleste meditasjonsteknikker. Liggende stilling vil disponere for søvn. Man gjentar sin personlige, ikke-meningsbærende meditasjonslyd med ledighet, dvs. at man gjentar den uanstrengt og uten å presse. Prosessen vil stimulere strømmen av tanker og følelser (beskrevet innen psykologien som bevissthetsstrømmen eller frie assosiasjoner). I vekslingen mellom dette og en uanstrengt gjentakelse av meditasjonslyden vil avspenning inntre. Dette kan kjennes som for eksempel tyngdefølelse i muskulatur og en generell opplevelse av avspenning og ro. Meditasjonsaktiviteten vil stimulere frisetting av sinnets spontanaktivitet. Selve meditasjonen vil ofte oppleves som dyp hvile og sinnet vil veksle mellom spontane innslag av tanker, følelser, stemninger og egenaktiviteten; det å gjenta meditasjonslyden.

De aller fleste meditasjoner vil oppleves behagelig. Men meditasjon kan av og til provosere rastløshet eller motstand, som kan oppleves som ubehag, for eksempel som kroppssmerte eller uro. Motstandsfaser kan representere potensialer for læring og vekst. Man får kontakt med, og kan reflektere over, stress-skapende understrømmer i personligheten som kan være preget av prestasjonsorientering, mindreverdighetsfølelse eller lignende.

Meditasjon og personlig utvikling

Meditasjonspraksis vil over tid synliggjøre trekk ved egen personlighet. Å reflektere over både ens egen aktivitet i meditasjon (gjenta en metodelyd med ledighet) og det tanke- og følelsesinnholdet som kommer kan gi muligheter for refleksjon over hva som skaper stress i ens tilværelse.

Gjentagelsen av metodelyd vil påvirkes av eget spenningsinnhold. Det å se dette klarere vil over tid kunne føre til ledigere utførelse, en ferdighet man etter hvert også kan ta med i det daglige liv. Er jeg for prestasjonsorientert? Mye preget av rastløshet? Måten man handler på i meditasjonen vil reflektere måter man handler på i livet. De springer ut i fra samme reaksjonsmønstre. Hensikten er få et mer reflekterende forhold til seg selv og egen livssituasjon, og forhåpentligvis bli mindre styrt av begrensende karaktertrekk. Refleksjon kan gi større mulighet til å prioritere annerledes, – personlig vekst.

Tankeinnholdet i meditasjon kan ha sammenheng med dagsaktuelle episoder eller ha rot i episoder langt tilbake i livet. Egen vurdering av tanker og bilder som kan dukke opp i sinnet under meditasjon, kan være selvfordømmende og absolutte i sin form. Derfor kan de være vanskelig å erkjenne for hva de faktisk er. I disse vil man kunne finne roten til stressbelastninger over tid, noe som ofte kan ha ganske så godt grep om personer. Negative selvbilder kan være en av grunn til at vi opplever at mer grunnleggende stress ikke slipper taket. En viktig læring meditasjon over tid kan bidra til er å redusere påvirkningen av lave selvbilder i hverdagen. Lange meditasjoner kan tydeliggjøre understrømmer i personligheten. Samtaler om meditasjonsutførelse og tankestrøm kan hjelpe en til å sette ord på indre opplevelser.

Oppmerksomhet

Meditasjon er en trening i øket registrerende oppmerksomhet, både rettet innover, mot metodelydgjentagelsen, og som en mulig spin-off etter hvert, utover mot ulike livshendelser og relasjoner. Treningen i ledig metodelydgjentagelse er også en trening i å bruke så lite krefter som mulig på hvilken som helst handling man måtte utføre. Dette er overførbart til dagliglivets mange aktiviteter. Dette kan kanskje gjenspeiles i data som viser at idrettsprestasjon og arbeidsøkonomi bedres av meditasjon (32). Samtidig trenes man til ikke å bruke viljen til å kontrollere sinnets spontane aktivitet.

Mindfulness meditation

Trening av oppmerksomhet er et element i de fleste meditasjonsteknikker. En meditasjonsteknikk som har lagt spesiell vekt på trening av oppmerksomheten er *mindfulness meditation* (31,33).

Mindfulness er en meditasjonsform hvor man lærer å være til stede her og nå, kultivere en stabil og non-reaktiv tilstedeværelse uten å bli for opptatt av hendelser som gjelder fortid og fremtid.

Mindfulness based stress reduction (MBSR) er en systematisk, pasientfokusert intervensjon som består av både mindfulness meditation og yoga for å lære mestring av fysisk og psykisk stress ved sykdom. Den brukes på mange klinikker, sykehus og helseinstitusjoner i og utenfor USA. Dette tilbys ulike pasientgrupper med kreft, angst, depresjon, HIV/AIDS, psoriasis, hjertekarsykdom og tretthetssyndrom. Enkelte studier har vist at regelmessig bruk kan lette psykiske og fysiske plager (31).

Meditasjon – selvpptatt aktivitet eller arbeid for innsikt?

Er det selvpptatt å ta vare på seg selv?

Det er dag langt mer enn for noen tiår siden, aksept for å arbeide med seg selv, det være seg trene fysisk for å oppnå form og forebygge sykdom, eller trene psykosomatisk med meditasjon. Kanskje kan dette sees i sammenheng med mer individualistiske strømninger i tiden. Samfunnet kan gjøre mye for deg. Men det kan ikke sørge for at du uten videre har det bedre eller føler deg i bedre form. Grenseoppgangen mellom hva samfunnet kan gjøre for sine borgere, og hva individene selv kan ta ansvar for, er blitt tydeligere for mange.

I en diskusjon om meditasjon er selvpptatt eller ikke, hører det også hjemme å vurdere andre vanlige måter å koble ut: på sofaen, bak skjermen, med kjemisk stimulans etc. Det kan også være et uvanlig konsept å gjøre noe aktivt for å slappe av. Meditasjon er regresjon, i jeg'ets tjeneste, er det uttalt. I sammenlignende studier av meditasjon mot hvile, kommer meditasjon bedre ut når det gjelder fysiologisk avspenning. Kanskje skyldes det at meditasjon stimulerer refleksjon over karaktertrekk og væremåter som kan bidra til det vi opplever som stress.

Litteratur

1. Cardoso R, De Souza E, Camano L, Leite JR. Meditation in health: an operational definition. *Brain Res Brain Res Protoc* 2004;14:58-60.
2. Holen A. *Stillhetens psykologi*. 6 ed. Oslo: Dyade forlag; 1989.
3. Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med* 2005;11:42-9.
4. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.
5. *Stockholmare och den komplementära medicinen: befolkningsstudie angående inställning till och användning av komplementär medicin genomförd under år 2000 i Stockholms läns landsting*. Stockholm: Stockholms län: Landstinget: 2001.
6. Wallace RK, Benson H. The physiology of meditation. *Sci Am* 1972;226:84-90.
7. Benson H. *The relaxation response*. New York: Morrow, 1975.
8. A correspondent. UK: Ayur-Vedic medicine. *Lancet* 1990;336:1060-1.
9. Skolnick AA. Maharishi Ayur-Veda: Guru's marketing scheme promises the world eternal 'perfect health'. *JAMA* 1991;266:1741-5, 1749.
10. Solberg EE. *Psycho-biological effects of meditation*. Oslo: University of Oslo, 2004.
11. Wallace RK. Physiological effects of Transcendental Meditation. *Science* 1970;167:1751-4.
12. Lagopoulos J, Xu JJ, Rasmussen I, Vik A, Malhi G, Eliassen CF et al. Increased theta and alpha EEG activity during nondirective meditation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. In press 2009.
13. Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, Rawlings NB, Ricard M, Davidson RJ. Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004; 101(46):16369-73.
14. Lazar SW, Wasserman RH, Gray JR, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport* 2005;28:1893-7.
15. Newberg A, Alavi A, Baime M, Pourdehnad M, Santanna J, d'Aquili E. The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: a preliminary SPECT study. *Psychiatry Res* 2001;106:113-22.
16. Lazar SW, Bush G, Gollub RL, Fricchione GL, Khalsa G, Benson H. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport* 2000;11:1581-5.
17. Peng CK, Henry IC, Mietus JE, Hausdorff JM, Khalsa G, Benson H et al. Heart rate dynamics during three forms of meditation. *Int J Cardiol* 2004;95:19-27.
18. Nesvold A, Fagerland M, Davanger S, Solberg EE, Ellingsen Ø, Holen A et al. Increased heart rate variability parameters during non-directive meditation. Poster . International Society for Heart Research, North American Section Meeting: *New Discoveries for Prevention and Treatment of Heart Disease*, Baltimore. 2009.
19. *Fighting Stress - Reviews of meditation research*. Oslo: Acem Publishing, 2008.
20. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 2001;91:270-6.

21. Andersson G, Lyttkens L. A meta-analytic review of psychological treatments for tinnitus. *Br J Audiol* 1999;33:201-10.
22. Holroyd KA, Penzien DB. Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: a meta-analytic review of clinical trials. *Pain* 1990;42:1-13.
23. Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology* 2001;10:490-502.
24. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:79-89.
25. van Tulder MW, Koes BW, Assendelft WJ, Bouter LM, Maljers LD, Driessen AP. [Chronic low back pain: exercise therapy, multidisciplinary programs, NSAID's, back schools and behavioral therapy effective; traction not effective; results of systematic reviews]. *Ned Tijdschr Geneeskde* 2000;144:1489-94.
26. Dusseldorp E, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999;18:506-19.
27. Rainforth M, Schneider RH, Nidich SI, Gaylord-King C, Anderson JW. Stress Reduction Programs in Patients with Elevated Blood Pressure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2007;9:520-8.
28. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008;8:41.
29. Huntley A, White AR, Ernst E. Relaxation therapies for asthma: a systematic review. *Thorax* 2002;57:127-31.
30. Manocha R, Gordon A, Black D, Malhi G. Using meditation for less stress and better wellbeing. *Aust Fam Physician* 2009;38:454-8.
31. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. 15th ed. London: Piaktus, 2004.
32. Solberg EE, Ingjer F, Holen A, Sundgot-Borgen J, Nilsson S, Holme I. Stress reactivity to and recovery from a standardised exercise bout: a study of 31 runners practising relaxation techniques. *Br J Sports Med* 2000;34:268-72.
33. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA* 2008;300:1350-2.

Erik Ekker Solberg
 Erik.Solberg@Diakonsyk.no
 Medisinsk avdeling
 Diakonhjemmet sykehus
 0319 Oslo

Helse eller frelse – eller begge deler?¹

Michael 2009;6:486–91.

Folk var mer opptatt av frelse enn helse i tidligere tider og oppsøkte kirke og bedehus. Kanskje var en av grunnene at helsetjenesten ikke hadde så mye å tilby for å helbrede eller skape helse, samtidig som frykten for fortapelse som utgang på livet var svært reell. WHO's helsebegrep er ganske statisk og den tar ikke i seg den åndelige dimensjonen – spiritual well-being.

Buorideapmi – healing i samisk kontekst – skjer med en holistisk tilnærming, foregår daglig i Sápmi og oftest gjøres det i Treenighetens navn. Det er å håpe at helsetjeneste og helsepersonell i fremtiden viser en større åpenhet og aksept overfor en healing-prosess hvor hele mennesket med legeme, sjel, ånd og sosiale relasjoner trekkes inn. Ingen kan love helbredelse, men selve healing-handlingen kan i alle fall ha svært positive virkninger. Helse eller frelse, ja takk, begge deler!

For hundre år siden var de fleste mennesker mer opptatt av frelse enn helse, mens det er motsatt i dag. Hvis det er sant, hvorfor var/er det slik?

Helse

Hva er helse?

Jeg vil drøfte dette ut fra litt ulike innfallsvinkler:

- Helse og sykdom som motsetninger
- Helse og uhelse («ohälsa»)
- Helse som tilstand
- Helse som religion eller besettelse
- Helse som mestringsevne
- Holistisk helse

1 Foredrag holdt på Samiske kirkedager i Enare, Finland, juni 2009. Foredraget er noe omarbeidet og oversatt til norsk.

Er helse det motsatte av sykdom? Kan en person som har en kronisk sykdom ha helse? Kan en funksjonshemmet person ha (god) helse? På svensk har de begrepet «ohälsa» som motsetning til helse og på den måten unngår svenskene den polariteten mellom helse og sykdom som er så vanlig på norsk.

WHO – Verdens helseorganisasjon – definerte helse slik i 1946:

Helse er ikke bare frihet fra sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære.

WHOs helsedefinisjon definerer helse som en uoppnåelig, nærmest utopisk tilstand. Mange kritiserer definisjonen som statisk og lite formålstjenlig i det praktiske liv.

Teologiprofessor og tidligere stortingspresident Inge Lønning har kommentert denne definisjonen slik: Det er en treffende beskrivelse av hva vi kan vente i himmelriket.

I den sammenhengen er det naturlig å merke seg at WHO ikke har tatt med den åndelige dimensjonen i sin definisjon fra 1946. Det har vært foreslått å tilføye «spiritual well-being» i definisjonen, men dette ble nedstemt i WHO's generalforsamling siste gang i 1990-årene.

Professor Peter Hjorts figur hvor Sisyfos strever med å trille «helseballen» oppover et skråplan, gir et helt annet dynamisk bilde av hva helse er. Dette dynamiske synet på hva helse er, gjør det også mulig å peke på faktorer som kan være helsefremmende og som kan være helseskadelige.

Hvilke sosiale/samfunnsmessige faktorer er det som først og fremst skaper «uhelse» eller skaper sykdom og lidelse hos moderne mennesker?

Visse sosiale faktorer synes å være særlig fremtredende som sykdoms-fremkallende faktorer og forbundet med «ohälsa»: Konflikter i arbeidsliv eller samliv og ekteskap, ensomhet, manglende inkludering, mobbing og plaging, tap av selvfølelse, språklig og kulturell undertrykking, manglende trygghet og rammer for barn og unge, usikkerhet om framtida og morgendagen.

I tillegg har vi så alle de biologiske, kjemiske og fysiske faktorene som kan virke positivt og negativt på vår helse.

Vi kan selv gjøre mye for å holde oss friske og unngå sykdom ved å endre vår livsstil i forhold til ulike faktorer som røyking, mat, spisevaner, drikkevaner, bruke kroppen, mosjon, etablere og vedlikeholde sosiale nettverk, søke råd og hjelp i vanskelige tider og også bruke bønn – å be.

De siste tiårenes kroppssopptatthet og søken etter den vakre, fullkomne kroppen har ført til at helse har blitt et mål i seg selv. Realiseringen av livet blir knyttet til ungdommelig utseende, vakker kropp, rynkefri og glatt hud osv. Kosmetikkindustriens reklameframstøt og markedets tilbud av uttallige

typer kremer, vitaminer, «sunn mat» og andre «helseprodukter» har bidratt til at mange er overopptatt av helse. Helse har for mange blitt et religions-surrogat. Plastikkirurgiens tilbud om skjønnhetsoperasjoner har også bidratt til dette. For mange mennesker blir streben etter ungdommelighet og helse en belastning. Man kan i sannhet stille spørsmålet: *Dersom helse er et ork, er det sunt da?*

Jeg velger å omskrive og kombinere helsedefinisjonene til Axel Strøm og til Peter Hjort fra 1980 årene til:

Helse er evnen til å mestre livets utfordringer.

Frelse

Frelse – hva er det? Frelse fra hva? Frelst til hva?

Fra et kristent ståsted kan dette forklares slik:

For så høyt har Gud elsket verden, at han ga sin Sønn, den enbårne, for at hver den som tror på ham, ikke skal gå fortapt, men ha evig liv. (Joh. 3,16)

Men dersom vi bekjenner våre synder, er han trofast og rettferdig, så han tilgir oss syndene og renser oss for all urett. (1. Joh. 1,9)

Vi skal bli frelst *fra* syndens og dødens makt og frelst fra død og evig fortapelse.

Bibelen sier at alle mennesker er syndere og er fortapt uten frelsen i Kristus. For tidligere generasjoner var dette en akseptert virkelighetsanskuelse, og de var opptatt av de to utgangene av livet; frelse eller fortapelse.

... for alle har syndet, og de har ikke del i Guds herlighet... (Rom. 3,23)

Frelse er også frelse *til* noe, et annet livsinnhold i dette livet, ny livsmening: Frelst til å gjøre gode gjerninger for Herren og for vår neste.

... For vi er hans verk, skapt i Kristus Jesus til gode gjerninger, som Gud på forhånd har lagt ferdige for at vi skulle gå inn i dem (Ef. 2,10).

Frelsen har også et annet og et fremtidig mål: Evig liv i samfunn med Gud.

Hva innbærer åndelighet og åndelig liv? Uttrykket «åndelig liv» finnes ikke i Bibelen, men i ulike kristne miljøer er det i stor grad enighet om hva det er. Jeg nevner her en del elementer som har utgangspunkt i en vanlig felleskristelig forståelse av åndelig liv: Gudstro, bønn, fellesskap, sang, lov-

prising, vitnesbyrd, bekjennelse, forkynnelse, misjon, meditasjon, tilgivelse, nattverd, ledelse, kall, etisk livsførsel.

Buorideapmi (Healing)

Det samiske ordet «buorideapmi» har jeg valgt å oversette med «healing» selv om dette begrepet har en egen mening i norsk kontekst og brukes mye for å beskrive kommersialisert alternativ behandling. Healing kan bety «å gjøre hel». Buorideapmi betyr ordrett oversatt «å gjøre godt». Men i begrepet ligger det underforstått å gjenopprette noe som er i stykker, dvs. å hele eller helbrede.

Healing kan forstås som å helbrede eller gjøre frisk. Men i samisk kontekst er det å opprette noe som er i stykker, og en tanke om å forson seg med situasjonen og overlate til naturen eller skaperen hva som skal skje, viktige dimensjoner. Det kan også forstås som å «gjøre hel», å skape et *helt* menneske med kropp, sinn, ånd, sjel og sosiale relasjoner, altså å knytte disse ulike delene av mennesket sammen i bevisstheten. Healing i samisk kontekst er noe annet enn å oppnå et helsenivå eller friskhetsnivå.

Healing har betydning og verdi selv om helbredelse ikke blir resultatet. Kanskje er det slik at den åndelige, religiøse, trosmessige siden, «forsoning med sin skjebne» er den viktigste siden ved healingen. Healing i samisk kontekst er nært beslektet med, men ikke identisk med forsoning (reconciliation) i en religiøs setting. Kanskje ligger det i denne nære forbindelsen en egen legende kraft, forbundet med menneskets forsoning med livssituasjonen i stedet for å konsentrere seg om det som føles vondt og urettferdig.

Healing forutsetter ofte et holistisk verdensbilde eller verdensoppfatning og en holistisk tilnærming. Healing griper inn i kroppslige, mentale, sosiale og åndelige og spirituelle prosesser. Healing skjer i et nærmiljø, og kulturelt fellesskap er en viktig forutsetning. Den samiske healingtradisjonen er en del av den samiske folkemedisinen, som er beslektet med det som mange andre naturfolk har utviklet i sine kulturelle kontekster.

Healing har i den kommersielle, alternativbehandlingstradisjonen i stor grad blitt en salgsvare og løsrevet fra en naturlig kulturell kontekst. Da mister den mange av sine viktige kvaliteter. Healing er etter min oppfatning meget forskjellig fra den kommersialiserte medisinen og de ulike kommersialiserte alternative praksiser.

Healing i folkemedisinsk forstand innebærer og tar hensyn til grunnleggende menneskerettigheter slik de er forstått og praktisert i lokalsamfunnet, rettferdighet, fred og frihet, økonomisk og sosial trygghet, skapningens og skapelsens integritet og forventning om harmoni, åndelig-spirituell akseptering og gjenoppliving, kulturelle bindinger og kulturarv.

Healingprosesser skjer daglig i Sápmi. Visse personer har fått «evnen/ gaven til å utføre healing, dvs. buorideapmi». Healing eller buorideapmi skjer svært ofte i Faderens, Sønnens og Den Hellige Ånds navn og er slik blitt en kristen praksis. Men det finnes selvsagt unntak hvor healing ikke skjer i Treenighetens navn.

Endringene i samfunnet med sekularisering, sterk individualisering, privatisering og tilgang til moderne helsetjenestetilbud har kanskje ført til at healing ikke er like vel ansett og like mye brukt blant samene som for 50-60 år siden.

For mange av oss som har vokst opp med dette, eksisterer det ikke noen motsetning mellom healing og den diagnostikk og behandling som moderne medisin kan yte. Det er riktigere å si at de supplerer hverandre. De fleste samer kjenner til personer som har gaven til healing og hvor de eventuelt kan søke slik hjelp.

Helsevesenet og helsetjenestene i den vestlige verden og kanskje spesielt i de nordiske land har det siste hundreåret ofte vært preget av holdninger som kan karakteriseres som sekulære, rasjonalistiske, materialistiske og til dels ateistiske.

Dette har gitt seg utslag i svært negativ holdning til det som nå ofte i andre land kalles supplerende medisin, dvs. alternative terapiformer. Det har også preget undervisningen av helsepersonell på universiteter og helsehøgskoler. Den åndelige dimensjon i menneskelivet har vært lite påaktet og lite tatt hensyn til, med unntak av sykehusprestens tilstedeværelse.

En kan håpe på en endring i disse holdninger. Jeg har følgende håp og ønsker for at pasientbehandlingen på våre sykehus kan bli mer helhetlig og ta hensyn til pasientens totale behov:

- Helsevesenet og helsepersonell åpner seg i større utstrekning for det faktum at åndelig velvære er viktig for menneskers helse.
- At helsepersonell kan få en endret innstilling til åndelig veiledning, slik at det kan bli en naturlig og akseptert praksis.
- At predikanter og forkynnere også ser hele mennesket, ikke bare ånden og sjela.

Det moderne mennesket har behov for både helse og frelse etter min oppfatning. Det er derfor viktig at budskap om begge temaer formuleres og formidles på en slik måte at det ikke skapes unødvendige motsetninger. Det er ikke nødvendigvis motsetning mellom en religiøs tro og en vitenskapelig rasjonell virkelighetsforståelse, og mange av oss lever godt i den dualismen. Det kan godt betegnes som en holistisk helseforståelse hvor også åndelig velvære er inkludert.

Til slutt et sitat om helse fra Salomos ordspråk i Bibelen for å belyse hvordan et budskap formulert for flere tusen år siden fortsatt har sin gyldighet og godt kan brukes som leveregel også i dag:

«Glem ikke det jeg har lært deg, min sønn, ta vare på mine bud i ditt hjerte. For de gir deg mange dager og år og gjør din lykke større.

Gi aldri slipp på godhet og troskap, men bind dem om din hals og skriv dem på ditt hjertes tavle. Da får Gud og mennesker godvilje for deg og holder deg for en forstandig mann.

Stol på Herren av hele ditt hjerte og sett ikke lit til din fornuft. Tenk på Ham hvor du enn ferdes så gjør Herren dine stier jevne.

Vær ikke klok i dine egne øyne, frykt Herren og hold deg fra det som er ondt. Det blir til helsebot for din kropp og gir deg kraft i marg og ben.»
(Ordspr. 3, 1-9).

Ole Mathis Hetta

omhetta@online.no og omb@fmro.no

Helsedirektoratet/Fylkesmannen i Rogaland

Godalsv 4,

N-4015 Stavanger

Er livets uendelighet en attraktiv mulighet?

Michael 2009;6:492–8.

Poenget i denne artikkelen er at det er viktige gevinster ved å holde fast i at livet har en slutt, og at det er godt at det er slik, men at dette forholdet likevel ikke er en begrunnelse for å tvinge frem en slik slutt. Vår egen endelighet er blant de trekk ved livets betingelser som gjør det mulig for oss å erfare at livet er fullt av kvaliteter, av oppgaver og utfordringer – og farer. En av dem som problematiserer det attraktive i å skulle leve et liv som fortsetter uten grenser, og gjør det på en måte som bør få både leger, teologer og filosofer i tale, er den tysk-jødiske filosofen Hans Jonas.

Den tysk-jødiske filosofen Hans Jonas (1903-1993) var særlig opptatt av livsfenomenet og av hvilke betingelser kroppen og naturen gir oss for å leve. Det interessante er at han på én og samme tid både argumenterer for at det er godt at vi skal dø en gang, og for at vår mulighet for å dø med gode grunner også må sies å være en byrde.

I et essay med tittelen *The Burden and Blessings of Mortality*¹ (BBM) utvikler han dette på en måte der han ikke bare klarer han å fastholde at det er godt at menneskelivet har noen grenser, og at vi skal sette pris på at vi lever på *endelige* betingelser. Men han vil likevel være blant dem som advarer mot alle former for dødshjelp: At vi skal dø, er ikke noe argument for å la mennesker dø eller for å hjelpe dem med det.

Men vi skal ikke foregripe noe her, bare antyde at vi hos Jonas også kan finne noen poenger som ofte forsvinner i den aktuelle debatten om døds-hjelp. Selv har jeg lest Jonas som en viktig talsmann for å fastholde at kvaliteten i menneskelivet også henger sammen med at vi er endelige vesener,

1 Jonas H. The Burden and Blessing of Mortality. In: *Mortality and morality: A Search for the Good after Auschwitz*. Evanston: Northwestern UP, 1998.

og som filosofisk teolog ser jeg ham dermed som en viktig alliert i å motvirke forestillinger om at et religiøst syn på livet og evigheten innebærer at man kan se bort fra livets grenser og endelighetens gode funksjoner for å fremme livets kvaliteter. På hvilke grunnlag er det så Jonas kan hevde at et begrenset liv er bedre enn et som fortsetter for alltid? Det skal jeg gjøre rede for i det følgende.

Døden som byrde og velsignelse

Jonas mener livet og døden må ses i sammenheng. Når vi snakker om mennesker som dødelige, har det imidlertid to ulike betydninger: På den ene siden betyr det at vi hvert øyeblikk *kan* dø, og at menneskelivet er sårbart, risikabelt, og hele tiden utsatt for fare. Dette er *byrden* ved vår egen dødelighet. På den andre siden er det også slik at vi med nødvendighet til sist skal dø, og dette er velsignelsen ved døden som fenomen (BBM 87f.). Hvordan kan han så begrunne sammenhengen mellom disse påstandene nærmere?

Byrden i dødeligheten henger blant annet sammen med at vi som levende organismer stadig er henvist til våre omgivelser, og må nære oss av dem for å overleve. Dette fører til det nesten paradoksale forholdet at vi, for å overleve, er nødt til å forandre oss. Vi er med andre ord det vi er i kraft av vår evne til å forandre oss, mener Jonas.

Byrden i vår dødelighet uttrykker seg ikke minst i det forholdet at vi, dersom vi ikke møter de behov som er gitt med vår biologiske konstitusjon, nokså raskt må regne med å dø. Dersom vi lukker oss til i oss selv, og tror vi kan være totalt selvtilstrekkelige, forregner vi oss fullstendig: Vi trenger alltid å knytte an til, og leve av, de ressursene som finnes i våre omgivelser. Dette er selvsagt elementær biologi. Men Jonas utvikler dette poenget videre, ved å peke på at nettopp disse elementære biologiske forholdene gjør at vi ikke kan være fullstendig herre over eget liv, og at vi hele tiden lever et sårbart liv som på ulike vis innebærer at vi er utlevert til betingelsene for liv og livsutfoldelse som finnes i våre egne omgivelser. I denne forstand er menneskelivet innrammet av grenser overfor noe som ikke er oss selv, og kvaliteten i vårt liv er ikke minst avhengig av at vi kjenner til disse grensene og ikke ignorerer dem; noe som ikke bare er et poeng ut fra et ernæringsfysiologisk synspunkt, men selvsagt også fra et økologisk synspunkt.

Det er ikke minst den økologiske dimensjonen i dette Jonas vektla i noen av sine senere arbeider på 1980-tallet. Å leve innebærer å ta på seg oppgaven ved å være til, å være bekymret for og vise omsorg for sitt fortsatte liv, og å verne seg mot farer. I dette lys er selvsagt vår egen mulighet for å dø en byrde og en utfordring. Interessant nok mener Jonas at det i dette til

sist også er mulig å finne grunnlaget for hva vi holder for å være godt, og for å oppleve at noe er verdifullt. Dersom vi ikke hadde satt pris på det ved livet som ga oss mulighet for fortsatt liv og livsutfoldelse, ville vi ikke heller sett på muligheten for å dø som en byrde.

Vekslingen mellom generasjonene

Som antydnet mener Jonas også at det er en velsignelse at livet ender i døden. Kort resumert er hans argumenter for det de følgende:

(1) Han ser døden som det som skaper plass for noe nytt, og som sikrer mangfold og utvikling videre (BBM 94f.). Døden muliggjør paradoksalt nok livets videre utvikling. Men det er verd å merke seg at Jonas her snakker om døden på et upersonlig og generelt nivå, og ikke som en dimensjon i enhvers personlige liv. Resonnementet utelukker imidlertid ikke at den enkelte også kan se sin egen død som et ledd i evolusjonsprosessen – selv om det selvsagt er lite trøst i et slikt perspektiv i og for seg. I tillegg har jo min egen død svært liten betydning i seg selv, i lys av evolusjonsprosessens enorme omfang (cf. BBM 95).

(2) Sivilisasjonsprosessen har bidratt til at mulige trusler mot menneskelivet er blitt mer temmet, selv om moderne sivilisasjon også har bidratt til utviklingen av masseødeleggingsmuligheter man tidligere knapt kunne forestille seg. Det viktigste i denne forbindelse er imidlertid at i teknologisk avanserte samfunn som dem vi finner i verden i dag, vil stadig flere mennesker være i stand til å nå det Jonas kaller *livets naturlige grense*.

Men det er mer: Moderne teknologi gjør det også mulig å forrykke det som er en naturlig grense for livet, og forlenge det. Det Jonas spør om i den forbindelse, er om vi ved å skyve denne grensen videre ut, bidrar til å forringe livskvalitet? Er det slik at livet har noen gode grenser, som bidrar til dets kvalitet, og som vil gjøre det problematisk å gå fra den legitime bekjempelsen av for tidlig død (som er en byrde) til å bekjempe døden som sådan (der den som grense også kan være en velsignelse)? Er det slik at forlengelsen av livet i det uendelige skal være et legitimt mål for medisinen? Jonas diskuterer dette spørsmålet nærmere fra to vinkler: Den ene går på hva som er til det beste for menneskeheten som fellesskap, og den andre vinkelen er knyttet til hva som fremtrer som et gode for det enkelte individ.

(3) Sett fra det synspunkt som er opptatt av menneskehetens felles beste, tar Jonas utgangspunkt i viktigheten av at generasjoner veksler og avløser hverandre. Uten en slik veksling mellom fødsel og død mister vi viktige kvaliteter ved samfunnet som går ut over dem som kan identifiseres på et rent biologisk nivå: På grunn av den akkumulering og overføring av kunnskap som finnes mellom generasjonene, er samfunnet i stand til å utvikle seg langt fortere enn om den biologiske evolusjonen skulle være eneste mekanisme for endringer. Det faktum at det til stadighet ankommer nye samfunnsmedlemmer som kan bygge på tidligere generasjoners erfaringer, kunnskap og feil, bidrar også til å sikre at et alltid finnes noen som er i stand til å se verden med nye øyne, og det er viktig med tanke på å holde håpet åpent for fremtiden, mener Jonas (BBM 96).

Jonas ser derfor også med et kritisk blikk på dem som blir eldre (og vi skal huske han skrev dette i relativt høy alder selv): Den eldste generasjonen som har funnet sine svar og blitt «etablerte» på ulike måter, vil kunne forhindre den nødvendige utviklingen som er den kommende generasjonens oppgave å sikre. De unge er, sier han, «mankind's safeguard against lapsing into boredom and routine, its chance of retaining the spontaneity of life» (ibid).

Det er liten tvil om at Jonas *kan* ha rett i dette, men hvor langt bærer dette resonnementet? Det første premisset i det, er at det ikke er slik at den ene generasjonen skal gis preferanse i forhold til den andre – snarere er det et poeng å sikre samspillet dem imellom. Samtidig er dette en måte å tenke på som forutsetter at livets fortsatte utvikling allerede fremstår som en slik generasjonsveksling.

Det er altså ikke noe her som peker i retning av at man skal gripe inn og justere lengden på de allerede eksisterende liv: Den stadige fornyelsen av livets begynnelse er noe vi bare kan sikre dersom vi også betaler prisen ved at livets avslutning hele tiden er noe vi blir konfrontert med. Det er ikke slik at vi trenger å tvinge frem en slik avslutning for at det nye skal komme – det kommer «helt av seg selv.»

Med andre ord er denne vekslingen noe som ikke er betinget av menneskelig handling, og dermed heller ikke at det som kan gjøres til gjenstand for moralsk diskusjon. Det er først når vi griper inn i betingelsene for vekslingen at dette kan bli et moralsk tema. Ved å holde fast ved at betingelsene for generasjonsveksling er naturens, og ikke det handlende menneskets tema, vil Jonas heller ikke kunne brukes som alliert av dem som mener vi trenger argumenter for å forkorte livet til dem som er blitt gamle.

Jonas' fokus her er på sammenhengen mellom kreativitet og dødelighet. Uten dødelighet vil det også være mindre kreativitet, og dermed også mindre historisk fremskritt. Men Jonas er ingen ukritisk fremskrittsoptimist, og det er interessant å se hvordan han kobler sammen sin tro på fremskrittet med en form for konservativ holdning når det gjelder å sikre betingelsene for videre utvikling. Dette kommer ikke minst til uttrykk når han diskuterer et moralsk problem som er innenfor menneskets handlingsbetingelser å gjøre noe med, nemlig trusselen om overbefolkning: Dersom vi i møte med denne trusselen er nødt til å fryse antall mennesker på Jorden, vil dette ha konsekvenser for hvordan generasjonene blir stående i forhold til hverandre: Hvis vil lar eldre leve lenger, og forlenger livet ut over hva som er de gitte naturlige betingelsene, vil dette ha konsekvenser for hvor mange nye medlemmer av menneskeheten som kan «ankomme». Og med færre unge vil det bli mindre plass til nye perspektiver og ny kreativitet i verden. Følgelig vil en viss mortalitet være en velsignelse med tanke på å sikre menneskehetens fremtid, og være noe som kan anses som et gode for hele menneskeheten. Følgelig er Jonas' svar på spørsmålet om vi bør forsøke å utvide livets rammer «by tinkering with and outwitting the naturally ordained, biological timing of our mortality, and thus further narrowing the space of youth in our aging society» et tydelig 'nei' (BBM 96).

Kapasitet og identitet

(4) Men hvis vi ser det fra et mer individuelt – og til og med egoistisk – perspektiv, er det da noen grunn til å ønske at livet kan fortsette lenger en biologien umiddelbart tilsier? Gitt at vi kan overvinne noen av de medisinske problemene knyttet til å bli gammel, er det ikke da rimelig å ønske seg et lengre liv? Igjen peker Jonas på at det fines *gitte grenser* som faktisk begrenser hvor attråverdig et slikt lengre liv vil være – også i et individuelt perspektiv. Hans grunn til dette er først og fremst knyttet til det vi for enkelhets skyld kan kalle for *kapasitetstematikken*, som ikke er helt uten forbindelse med hva som allerede er presentert. Det handler likevel om mer enn at man bryter med den kollektive solidaritet med menneskeheten dersom man vil sikre seg et lengre liv, mens alle andre (eller de fleste andre) fremdeles må dø en naturlig død som følge av biologiens gitte grenser for livet. Selv om man ser bort fra denne moralske innvendingen, er det mer å si ut fra en annen type kapasitetsresonnement.

For det første har vi et kapasitetsproblem når det gjelder *erindring* eller hukommelse. Jonas mener det er grenser for hvor mye informasjon vi kan ta imot og lagre, og derfor er ikke god bioteknologi alt som kreves

for å ivareta vår tilstand av trivsel. Fordi hjernen selv er endelig og begrenset, er den mentale siden av vår deltakelse i verden vel så viktig å ha fokus på som det at våre rent biologiske funksjoner er i orden. (jf. BBM 97). Å bli gammel innebærer å ha en omfattende fortid. Og denne fortiden er det vi hele tiden må ha med oss som grunnlaget for vår personlige identitet. Jonas mener dette innebærer at fortidens innflytelse på oss vil øke ettersom tiden går: «The past in us grows all the time, with its load of knowledge and opinion and emotions and choices and acquired aptitudes and habits and, of course, things upon things remembered or somehow recorded even if forgotten. There is a finite space for all this» (BBM 97).

Men dette er mer enn et spørsmål om kapasitet: Man kan forestille seg måter å forhindre at fortiden får så stor innflytelse på, ved f.eks. å viske ut minnene av fortiden, slik at det blir plass til mer, noe Jonas mener det er tenkelig at teknologien vil kunne hjelpe oss med i fremtiden. Men det er neppe noen god løsning: Det ville i sin tur igjen innebære at den identiteten som bæres videre i vår egen erindring blir utvasket, og vi ville forstå enda mindre av hvor vi var og hvorfor ting var som de var.

I sin konsekvens ville dette bety at hele poenget med å skulle leve et langt liv ville være forspilt. Det er ikke noe poeng i å leve uendelig dersom prisen er at vi *enten* mister fortiden og dermed det som gir oss vår identitet, *eller* så å si bare blir værende i den tid som dominerer vår identitet, nemlig den samme fortiden.

Jonas mener vi ikke for alvor kan ønske oss noen av delene. Det vil gjøre oss mer og mer til utenforstående tilskuere til en verden vi forstår stadig mindre av, og kreve av oss at vi prøver å holde tritt i et tempo vi i stadig mindre grad er i stand til. Så jo lengre livet vårt er, og gitt at det kommer noen etter oss, jo mer krevende vil det bli å leve (sml. BBM 98).

Et uendelig liv er altså, for Jonas, slett ikke så attraktivt som det kan virke når vi er midt i det og trives og er fullt engasjert. Derfor er det en velsignelse at livet får en slutt, også fordi døden gjør slutt på den erfaringen av å være fremmed i verden som øker etter hvert som vi blir eldre. I så måte sammenfaller det felles gode og det private gode til sist, sier Jonas.

En utfordring til å sikre livskvalitet – og ikke til å forsere døden

Jonas konkluderer med å si at uansett kan ikke noe gjøre byrden lettere for oss når det gjelder det faktum at vi skal dø. Døden er noe vi også må oppleve som en byrde, og ikke noe vi kan møte med jubel og glede. Den eneste

muligheten for å holde fast ved at livets slutt også kan være en velsignelse, er gitt med den enkeltes erfaring av å ha levd et *fullt* liv, og at man dør «i tidens fylde» eller «mett av dage». Nøkternt sett er dette fremdeles ikke tilfelle for mesteparten av menneskeheten.

Å holde fast ved både livets naturlige grenser og den velsignelse de gir mulighet for, er derfor en utfordring til å gjøre livet innenfor disse grensene så godt som mulig for alle som lever. Derfor er det mer naturlig å lese Jonas som et *argument for livshjelp og omsorg*, enn som et *argument for å fremme dødshjelp* når tiden er inne.

Det er viktig å betenke hans standpunkter i lys av hva han selv og hans familie opplevde i forbindelse med Holocaust. Den etiske forpliktelse som springer ut av hans tenkning er derfor forpliktelsen for hele den menneskelige sivilisasjon – unge som eldre – til å bekjempe *for tidlig* død og alt som forårsaker den, inklusive sult, sykdom, krig osv.

Å se livet som velsignet innenfor sine grenser er derfor ikke et argument for å oppsøke grensene i utide. Som han sier: Det faktum at våre dager er begrenset, er det som gjør at de teller for oss – og det er også det som gjør at vi må la dem få betydning. Slik sett bidrar Jonas til samtalen om hva som skal være det gode liv i fremtiden for hele menneskeheten, unge som eldre.

*Jan-Olav Henriksen
jan.o.henriksen@mf.no
professor, dr. theol & philos.
Det teologiske menighetsfakultet
Postboks 5144, Majorstua
0302 Oslo*

Dødshjelp – i medisins randsoner?

Michael 2009;6:499–504.

Begrepet dødshjelp bør brukes i stedet for aktiv dødshjelp. Saklig informasjon til befolkningen om døden er viktig. Vi har i dag høy kompetanse og kunnskap til å sikre fredelige og verdige dødsleier uten unødig plage og smerte. Samfunnet må stille nødvendige ressurser til rådighet, og dødshjelp må ikke bli en lettvinnet utvei. Dødshjelp er i strid med de etiske grunnholdningene for leger og sykepleiere.

Ordene vi bruker

Dødshjelp, eller aktiv dødshjelp som mange kaller det, er et tilbakevendende tema i samfunnsdebatten. I 2009 har vi fått en ny bølge av debatt om temaet etter at Fremskrittspartiet etter et benkeforslag på sitt landsmøte vedtok å legalisere aktiv dødshjelp.

Hva mener vi egentlig med uttrykket *aktiv dødshjelp*? «Livshjelputvalget» ga denne definisjonen (1):

Med aktiv dødshjelp (eutanasi) forstås en aktiv handling med den hensikt og følge at pasienten dør (oftest umiddelbart).

Det er mange lignende definisjoner av aktiv dødshjelp, men kjernepunktet er at hensikten, intensjonen, er å avslutte livet. Vanligvis brukes *eutanasi* synonymt med *aktiv dødshjelp*, slik Livshjelputvalget gjorde her.

Å avstå fra eller avbryte livsforlengende behandling blir ofte betegnet som *passiv dødshjelp*. Men mange tar etter hvert avstand fra bruk av uttrykket passiv dødshjelp, ut fra tankegangen at det er en prinsipiell og fundamental forskjell mellom aktiv dødshjelp og det å avstå fra eller avbryte livsforlengende behandling. Ved aktiv dødshjelp gir legen medikamenter i den hensikt at døden skal inntreffe, vanligvis etter ønske fra pasienten. Livsforlengende behandling er behandling og tiltak som kan utsette en pasients død. Det må være helt klart at også når livsforlengende behandling

avbrytes eller ikke igangsettes, skal palliativ behandling, pleie og medisinsk omsorg selvsagt gis (2). En ny veileder våren 2009 fra Helsedirektoratet drøfter beslutningsprosesser rundt livsforlengende behandling (3). Også når livsforlengende behandling ikke gis eller avbrytes, skal en døende pasient ha smertelindring og godt stell, og dette er aktive tiltak fra leger og pleiere (4). I uttrykket *passiv dødshjelp* er både ordet *dødshjelp* og ordet *passiv* misvisende, og det er derfor logisk at begrepet *passiv dødshjelp* er på vei ut.

Kan så begrepet *aktiv dødshjelp* erstattes av ordet *dødshjelp*? Vi ser en gradvis utvikling i retning dette kortere begrepet, men er det fortsatt grunn til å nøle? Ville noen forstå ordet *dødshjelp* som den pleie og omsorg vi alltid bør gi i livets aller siste fase? I min språkforståelse er *hjelp til å dø*, eller *dødshjelp*, noe helt annet enn *hjelp og lindring når døden nærmer seg*. Uttrykket *aktiv dødshjelp* vil trolig etter hvert erstattes av *dødshjelp*. Selv bruker jeg ikke betegnelsen *passiv dødshjelp*, og foretrekker uttrykket *dødshjelp* i stedet for den tradisjonelle betegnelsen *aktiv dødshjelp* om handlingen med intensjon å forkorte livet.

Begrepet *legeassistert dødshjelp* brukes om at en lege aktivt og med hensikt avslutter en pasients liv ved å tilføre medikament. Hensikten er både å redusere lidelse og å fremskynde døden (5), mens *legeassistert suicid* angir at legen på oppfordring forsyner pasienten med legemiddel for at pasienten selv kan avslutte livet. Legeassistert *dødshjelp* og legeassistert selvmord regnes som *aktiv dødshjelp* eller *dødshjelp* (6, 7).

Hvorfor er folk for *dødshjelp*?

Hva er grunnen til at store deler av befolkningen synes å være tilhengere av *aktiv dødshjelp*? Mange har trolig dannet seg et skremmebilde av døden, en oppfatning om smerter og plager som ikke kan lindres. Dette kan ha sammenheng med at døden i vår tid er institusjonalisert, dødsfall finner sted i sykehus og sykehjem, ikke som en naturlig del av dagliglivet. Døden er ikke noe vår tids mennesker opplever og erfarer gjennom oppveksten og videre i livet. Den moderne tids menneske er opptatt av planlegging av og kontroll med livet sitt, noe som gjenspeiles ikke minst når det gjelder prevensjon og tidspunkt for graviditet, nå skal alt være planlagt i detalj på en helt annen måte enn før de moderne prevensjonsmidlenes tid.

Det er viktig at befolkningen har saklig informasjon om døden. Mange er urolige for smerter og ubehag, og ønsker seg en rask og plutselig død, å falle om «på skitur i Marka». Men også når døden kommer etter langvarig sykdom som kan medføre ubehag og smerter, vil god pleie og smertelindring bidra til et fredelig dødsleie uten opprivende plager. Kunnskap og kompe-

tanse om smertelindring når døden nærmer seg, er i dag utviklet på en helt annen måte enn for noen år siden.

Tilhengere av dødshjelp argumenterer ofte med at dødshjelp bør gis for å unngå uverdige og smertefulle dødsleier. Men det er underlig å karakterisere en unaturlig fremkalt død som verdig. Verdighet oppnås tvert i mot best ved trøst, god pleie og nødvendig smertelindring. Da sikres også gode muligheter for kontakt og avskjed mellom den døende og de pårørende. Overlege Stein Husebø skrev i en kronikk i mai 2009: Det er ikke mulig å krenke et menneskes verdighet mer, enn ved å tilby å drepe dem (8).

Mange tror god smertelindring kan forkorte livet. En forkortelse av livet med noen timer eller kanskje en dag eller to kan nok forekomme, men er neppe regelen. Det påstås av og til at passiv dødshjelp benyttes i Norge, ved at pasienter ikke får næring og væsketilførsel. Men behovet for næring og væske avtar hos den døende, og intravenøs væsketilførsel kan gi pasienten unødige plager. Det beste for den døende er ofte at væske- og næringsinntak reduseres (3, 4).

Noen tar til orde for dødshjelp ikke bare ved nært forestående død, men ved tilstander med betydelig nedsatt funksjon, kanskje total avhengighet av pleie og omsorg, tilstander vi som friske vanskelig kan tenke oss gir liv som er verd å leve. Det er mye som tyder på at pasienter i slike situasjoner likevel opplever god livskvalitet og har glede av livet når omsorg, pleie og medmenneskelig samvær sikres. En legalisering av dødshjelp kunne føre til at pleietrengende, hjelpeløse syke og gamle ville føle at de er til byrde og derfor bør be om dødshjelp. Det er holdepunkter for at ensomhet og depresjon fører til anmodning om dødshjelp, mens det da er en rekke andre tiltak som bør settes inn for å hjelpe.

Dødshjelp er straffbart

Aktiv dødshjelp kommer inn under straffelovens bestemmelser om drap, og er straffbart i Norge. Det er påtalemyndigheten som ut fra straffeloven skal vurdere om det foreligger aktiv dødshjelp, men en handling som innebærer aktiv dødshjelp ville falle inn under begrepet uforsvarlig behandling, som er et tema for helsemyndighetene ut fra helselovgivningen.

Vi har de senere år hatt flere kjente saker om aktiv dødshjelp i Norge. I 2000 forkastet Høyesterett anken fra lege Christian Sandsdalen, som dermed var kjent skyldig i overlagt drap på en pasient med multipl sklerose som hadde bedt ham om hjelp til å dø. Dommen legger vekt på hva som har vært legens formål med behandlingen, legens subjektive hensikt. Den slår fast at Sandsdalen ikke tilpasset dosene av morfin og ketogan med det for øye bare å lindre smerter, men tvert om sørget for at dosene var slik at

pasientens liv ble avsluttet der og da. Det var ikke legens hensikt alene som gjorde handlemåten ulovlig, men også at behandlingen var tilpasset denne hensikten. En behandling med smertestillende midler som medvirker til å forkorte livet noe, kan likevel være i samsvar med legeloven hvis behandlingen har til hensikt å lindre smerter. Høyesterett fastslo likevel at Sandsdalen ikke ble idømt straff, og den 82 år gamle legen slapp dermed å sone.

Dommen i Sandsdalen-saken er viktig. Samfunnets grense mot at leger skal gi aktiv dødshjelp er klar og tydelig. Det var ingen tvil om at Sandsdalens intensjon var å avslutte pasientens liv. Helsetilsynsetaten, der jeg den gang var helsedirektør og øverste sjef, hadde med en gang anmeldt saken til politiet da vi fikk kjennskap til den. Jeg har alltid vært overbevist om at helsetjenesten, helsepersonell og helsemyndigheter må ha en klar holdning mot aktiv dødshjelp. Alle som søker helsetjenesten skal føle seg helt sikre på å møte usvekket respekt for livet.

I Husebø-saken noen år tidligere hadde også legen erkjent intensjonen om å avslutte livet, som i Sandsdalen-saken. Helsetilsynet anmeldte saken, men påtalemyndigheten konkluderte med henleggelse etter bevisets stilling. Deretter fikk legen en advarsel fra Helsetilsynet, den strengeste reaksjonen før tap av autorisasjonen. Overlege Stein Husebø har selv senere markert seg som motstander av dødshjelp (8).

En annen kjent sak var den såkalte Bærum-saken i 1999–2000, der en overlege på Bærum sykehus innklaget en kollega til tilsynsmyndigheten for påstått aktiv dødshjelp etter at en døende kreftpasient hadde fått såkalt *terminal sedering* de siste dagene av livet mot ellers intraktable smerter. Saken vakte stor offentlig interesse og mediedebatten var intens i over et år, med kritikk av Helsetilsynet for påstått sviktende saksbehandling og bruk av påstått inhabil sakkyndig og medarbeider. Med unntak av en mindre saksbehandlingsfeil fikk verken disse beskyldningene eller påstanden om aktiv dødshjelp støtte i de senere vurderingene og avgjørelsene fra Justisdepartementets lovavdeling, Riksadvokaten og Statens helsepersonellnemnd. Saken illustrerte hvor lett det er å skape et opphisset mediebilde når spørsmålet om aktiv dødshjelp reises.

Det var grunn til å frykte at den faglige utviklingen som var godt i gang med sikte på bedre dødspleie og smertelindring kunne stanse opp etter det intense mediefokuset i Bærum-saken, med uro for beskyldninger om dødshjelp der smertelindring krevde stor innsats. Heldigvis ser det ut som helsetjenesten har fortsatt sitt faglige og etiske utviklingsarbeid for å sikre at vi kan gå døden i møte med trygghet for god pleie og uten frykt for uhåndterlige smerter. Kanskje har Bærum-saken bidratt til at terminal sedering er

blitt bedre kjent i fagmiljøene, som en siste utvei i de sjeldne tilfellene der smertene ellers ikke kan lindres. Også her ser vi endring i terminologien, og behandlingsmåten betegnes nå *lindrende sedering*.

Leger og sykepleiere skal ta vare på liv

I kjølvannet av Bærum-saken kom Legeforeningen i 2001 med retningslinjer for lindrende sedering til døende (9). Lindrende sedering defineres her slik: *Med lindrende sedering til døende menes medikamentell reduksjon av bevisstheten for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte.* Det slås fast at lindrende sedering, der en døende pasient ved hjelp av medikamenter settes i en tilstand med redusert bevissthet, i sjeldne tilfeller vil være et nødvendig og forsvarlig tiltak.

Et handlingsprogram fra helsemyndighetene for palliasjon i kreftomsorgen gir også nyttig veiledning til helsepersonell som behandler og har omsorg for døende pasienter (10). Dette er igjen et eksempel på at den faglige utviklingen går videre, og befolkningen vil forhåpentligvis etter hvert føle seg tryggere på at plager når døden nærmer seg kan håndteres. Så er det viktig at vi som samfunn er villige til å stille til rådighet de ressursene som trengs for å sikre god pleie, omsorg, trøst og smertelindring.

De fleste leger finner det uforenlig med legeetikken å medvirke til å ta livet av en pasient. Legeforeningens *Etiske regler for leger* sier i § 5: *Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Aktiv dødshjelp, dvs. tiltak som har til hensikt å fremskynde en pasients død, må ikke anvendes. En lege må ikke hjelpe pasienten til selvmord. Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp.*

Norsk sykepleierforbunds *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* sier i punkt 1.8: *Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død.* I punkt 1.9: *Sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp (eutanasi) og hjelper ikke pasienten til selvmord.* Og i punkt 1.10: *Sykepleieren bidrar til en naturlig dødsprosess og død, der det er særlig viktig at nytteløs livsforlengende behandling avsluttes eller ikke påbegynnes.*

Leger og sykepleiere har som grunnholdning både å ta vare på livet og å lindre plager. Å pålegge leger å gi en behandling som tar pasientens liv vil stride mot denne grunnholdningen. Helsetjenesten har i dag kompetanse til å sikre verdige og fredelige dødsleier med nødvendig smertelindring. Vissheten om dette må formidles som en trygghet til befolkningen. Oppgaven for oss alle blir å sørge for at den nødvendige kompetansen og de nødvendige ressursene for god pleie og omsorg kontinuerlig er tilgjengelige. Dødshjelp må ikke velges som et billig alternativ til kompetent og tilstrek-

kelig utbygd palliativ pleie (11). Det ville være en fallitterklæring for et humant samfunn å legalisere dødshjelp.

Overskriften på kapitlet er formet som et spørsmål. Hva er så svaret? Er dødshjelp i en medisinsk randzone? Nei, dødshjelp hører ikke hjemme i medisinen eller i medisinenes randsoner, men befinner seg definitivt *utenfor* randsonene.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger – NOU 1999: 2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*.
2. Tranøy KE. *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforlaget 1999.
3. *Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensnig av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende*. Helsedirektoratet 2009.
4. Horn M. Feil om dødshjelp. *VG* 30.5.2009; 49.
5. Westrin CG, Nilstun T. *Att få hjälp att dö*. Lund: Studentlitteratur 2005.
6. Materstvedt LJ. Om dødshjelp i Nederland – og om debatten i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121, 2965-9.
7. Norges offentlige utredninger – NOU 2002: 4. *Ny straffelov. Straffelovkomisjonens delutredning VII*.
8. Husebø S. En synders refleksjoner. *Aftenposten* 13.6.2009; 4.
9. *Retningslinjer for lindrende sedering til døende*. Den norske lægeforening, Rådet for lege-etikk 2001.
10. *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. IS-1529 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
11. Materstvedt LJ, Førde R. Intens debatt om eutanasi innen europeisk palliativ medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2735-7.

Anne Alvik
anne.alvik@medisin.uio.no
Hoffsvn. 60 b
0377 Oslo

Helsens mysterium – Knut Hamsun – en lærer i helsekunst?¹

Michael 2009;6:505–19.

La meg først sende en bønn, opp eller ned, man vet aldri, han var et blandet menneske, men en bønn til Knut Hamsun om tilgivelse. Jeg får det ikke, for han liker mitt prosjekt dårlig:

Med vitenskapsstøv på hjernen

For det første hatet han å bli gjort brukskunst av. Han advarte mot «å digte tenkning».

For det andre hadde Hamsun lite til overs for vitenskapen. Han ville sett på meg som en av disse forskerne «*som paa Statens Regning pløjer Vitenskabsstøv ned i sin Hjerne*» «*og med koldt Blod spiser anden Mands Brød.*»

For det tredje og verste er det en medisinmann som vil lage resept av tekstene hans, en som kommer fra det psykososiale fagfelt som Hamsun kaller «*et regjereri over det levende liv, reglementer uten intuisjon og hjerte, en psykologi i ruter og rubrikker, en hel vitenskap på trass.*»

Nei, jeg får ingen nåde for min forbrytelse som vil følge denne plan:

- Først skal jeg klargjøre helsens grunnstoffer.
- Så skal vi gå på oppdagelsesferd i Hamsuns personlige helse- og sykdomsliv.
- Men så skal vi reise til Helsestjernen – og finne helse i Hamsuns diktning.
- Til sist skal vi fingre med blomsterstøv og bli pustet på av det levende liv.

1 Foredrag ved Hamsundagene, Hamarøy 7.8.2008.

Helsens grunnstoffer

Hva er helse – i grunnen? Helse er mer enn fravær av pine. Helse er også nærvær av goder. Størst blant dem er likevekt, verdighet, å bevege seg mot egne mål, livslyst og selvtrygghet.

Å føle at livet er i orden, at det hersker noenlunde ro i sjelen, er en del av helsens vesen.

Å bli sett og godtatt som seg, er et tungt grunnstoff i helsen.

Styringskraft i livet, makt og vilje til å bevege seg mot egne mål, er med i Den edle helsen.

Å tenne på livet, å oppleve mening og glede ved å være menneske på Jorden, er helsens fjerde grunnstoff.

Mot til å være deg selv er helsens siste og fornemste grunnstoff. Abraham Maslow sa det også: Ingen helse uten selvrealisering.

Helsen er vevd inn i Den store veven. Helsen er bygget inn i livet selv, ikke bare i kroppen, men i sjelen, i hele vår eksistens som Vandrelys på Jorden. Gitt denne brede og dype helsen, hva kan vi lære av Knut Hamsun? På dine gjerninger skal du dømmes, står det. Kan vi lære helsekunst av Hamsuns personlige liv, av hans egne helse- og sykdomshandlinger?

Helsekunst i Hamsuns liv

Jeg vil overhodet ikke inn i Hamsuns diagnoser, det være seg kronisk analkløe eller mangelfullt utviklede sjelsevner. Nei, kun én helsekrystall vil jeg hente ut av hans personlige liv: Helse for Knut Hamsun var å virkeliggjøre sitt anlegg, det vil si å dikte. I *Regnbuen* skriver Marie:

«I denne tiden begynte det å demre for mig at det var bare i dette samme forfatteriet at han fant den dype gleden som kan kalles lykke.»

Det lyser helse og vitalitet av ham når han er i skriveform:

«Jeg føler produktionslysten slå i mit Bryst som en Fugl, der slår desperat med Vingene.»

«Jeg har store Jærn som jeg skal gjøre røde.»

Og nesten 60 år senere:

«Var det i fjor eller for enda lenger tid siden at jeg var i fuld menneskelig orden og kraft? Om morgningerne hoppet jeg rundt i små makeløse sundhedstilstander,

og hvis jeg hadde skrevet litt om natten, hoppet jeg enda litt mer rundt og takket himlen for at jeg var til.»

Helse for Hamsun var topp-punktet i Maslow's pyramide: Selvrealisering som dikter.

Når han har helse, det vil si er i skriveform, passer han godt på seg selv:

«Derfor behandler jeg mig selv som en kostelig Fløiel og rottent Eg og utsætter mig for ingen Sindsbevægelse og drikker Sanatogen og lægger mig halv elleve om staar op 8-9».

Når han ikke klarer å dikte, faller han i helse og blir innbilt syk.

Gang på gang på gang får han sin berømte influensa med feber og aparte plager, når han som Alexander Kielland føler:

«Jeg har en bog i Hovedet, men den vil ikke ud, den Satan.»

Da herjer denne Satan med Hamsuns kropp og sjel og i brevene til Marie er der tonn på tonn med «sygdom» i gåseøyne, jeg hadde nær sagt «digterøyne»:

«..... jeg har ikke faat til noget, jeg forstaar ikke, jeg er ikke frisk, det er vel Influenza endda; jeg spiser ikke..... saa jeg er rigtig bare Skind og Ben. Og Haaret dætter av og ligger tørt som Mose paa Hodet, det er tegn på Illtrivsel.»

Og mer:

«Ondt at skrive Bokstaver i dag. Laa i gaar og i dag til nu. Forkjølelse.»

Og mer:

«– Nei Herregud om jeg nu bare snart blev god igjen saa jeg fik fosse av mig noget Arbeide, jeg vantrives saa ondt og gaar som en Gris, barberer meg ikke, bytter ikke Skjorte, Haaret dætter av, ligger Timer i Bandskab og Raseri om Natterne naar jeg vaakner. Gud velsigne dig og ham og mig saa jeg endelig faar min Helse og mit Mot igjen.»

Og mer:

«Det er bare jeg som aldrig blir færdig med det jeg skal, saa tufset og oldingeagtig som nu har jeg aldri været. Kan du forstaa det? Jeg er da ikke rent blaut og dau ellers, jeg kan bare ikke digte Romaner færdig. Aa Gud, denne Statans Romanen som tar al Lyst og Tid og Kræfter og Helse og Fred. Det skal være den siste av hele Møkka – Møkka.»

Hører dere: Han ber egentlig om Skrivehelse.

Knut Hamsun var nesten aldri syk i medisinsk forstand, men han led av diktning. Han *måtte* skape, *måtte* skrive. Når det gikk dårlig fikk han sykdomsanfall. Som flukt? Som unnskyldning? Kanskje som følge av at det kreative stresset belastet immunsystemet?

En gang blir det for mye for Marie som er Hamsuns sykdomskontainer. Hun er syk selv og ber seg fri for hans sykdomsgnål en liten stund. Men nei:

«Nej, jeg forstaaer det blir umulig for mig at ta mig den Frihed at være lidt upasselig en enkelt Gang, al Sygdom i vort Hus forbeholder du dig selv. Det ender med at jeg blir rasende en Dag og slaar i Bordet og erklærer: Nu er det Fan tørke mig jeg som er syg!»

Hamsuns liv gir oss glimt av helsens diamant: Å ville og kunne bevege seg mot egne mål – for ham å dikte romaner. «Jorden er ikke et stoppested», sier en av vår tids store helsetenkere, Rene Dubos. Helse er å ta sin vitalkraft i bruk. Men helse er ikke gratis eller bomull. Helse koster lidelse og høyt spill og tap. Helse, viser Hamsun oss, er å være i live før døden.

Frigjørende definisjoner

Knut Hamsun er på en måte Norges Rousseau. Han vil føre mennesket tilbake til naturen. Ikke bare kroppene våre vil han ha i pakt med marken og skogen og sjøen – også sjelene lengter etter urtilstanden der hvor den rå opplevelse råder, uskadet av kultur og vitenskap. Også helse, sykdom og kropp vil han skal være der – i menneskets livsverden, ikke i legenes diagnosesystemer eller forskernes avhandlinger. Han bruker språket til å sette menneskets helse, anatomi og biokjemi og patologi fri fra de medisinske fengslene.

I *Markens grøde* lærer vi hva helse er. Inger er bekymret for Isak som har arbeidet kolossalt:

«Du kan bli syk og ussel i skogen, og jeg tror ikke du har været riktig frisk i det senere.» – Isak snøste igjen. – Syk? Slitt og træt, ja vel; men syk? Inger måtte ikke gjøre ham latterlig, han var og blev frisk, han spiste, sov og arbeidet, det hvilte jo likefrem uhelbredelighet over hans fryktelige sundhet.»

Hormonlæren forfrisker Hamsun slik:

«Våren kommer ... det er isløsning i menneskene Merker vi ikke at det huseres i våre morkne ruiner?»

Det anatomiske atlas får nye bilder:

«Ylajali: Vakker? Hun var deilig, hun var syndig søt. Øine som råsilke, armer av rav!»

Og om mennene i Kaukasus:

«Men reiser de seg og går da er det som stålfjærer som går.»

Også hjernens fysiologi blir nyskapt. Strindberg kaller han *«en Hjerne til hest»* og det er:

«... ikke mange Nutidsforfattere, i hvis Hjerne der er en slig uhyre Omsætning, som i Strindbergs.»

Også diagnosenes jernbur sprenger Hamsun. Han tar makten fra den sekundære fortolkning og tertiære klassifikasjon og gir makten til den primære, subjektive opplevelse. Hør fra Sult:

«Det begyndte å komme rotne flækker i mit indre, sorte svamper som bredte sig mere og mere.»

«Gud hadde stukket sin finger ned i mit nervenet og lempelig, ganske løselig bragt litt uorden i trådene.»

Eller, hvis tilstanden forverrer seg:

«... Min hjerne randt mig stille ut av hodet og gjorde mig tom.»

Det høres ikke bra ut, men takke meg til. Hamsuns diagnoser kan mennesket leve verdig med, framfor alternativet, Diagnostic Statistical Manual DSM IV, diagnosenummer 301.4 Tvangsnevrose.

Filosofen Jürgen Habermas advarer mot ekspertsystemenes kolonialisering av menneskenes livsverden. Medisinen er kanskje modernitetens mest invasive kolonimakt. Den medikaliserer livet. Mer og mer av det menneske-

lige prosjekt blir okkupert av diagnosene og profylaksene og terapiene. Medisinen kler helsetrøye og sykdomsklær og beskyttelsesdrakt på mennesket fra livmoren til kisten.

Hamsun vil ha oss ut av den medisinske tvang. Han vil at livet skal leve uten medisinsk «overkultur». Han gjør helse, sykdom og kropp til råstoff. Slik kan Hamsun leses som en klarsynt motmelding til den helsisme og medikalisering som nå lager hermetikk og fabrikk av livene våre.

Helsekunst i Knut Hamsuns diktning

Men la oss nå flytte fra virkelighet til drøm. Hva kan vi lære om helse av de menneskene Hamsun skaper? Fem helsekilder bryter fram: Den edle ville, nokpunktet, lyst på livet, fred og ro og den største av dem alle: Naturen.

Den edle ville

Hvis det å være seg selv, å oppfylle Shakespeare's imperativ: *To thyne own self be true*, er helse, er Hamsun helsens kilde. Hvorfor? Fordi hans mektigste prosjekt er å utvide normaliteten. Hamsun vet at normal kommer av latin *normalis* som betyr rett vinkel. Han vil ikke at menneskene skal være rett-vinklede. I talen på Henrik Wergelands 100-årsdag spør han: «*Hvorfor skal her i Verden alltid den gale Sanger synge riktig?*»

Hamsun *vet* at rettvillede mennesker ikke finnes. Bare menneskesnekere som vil skape oss i rett vinkel finnes. Hamsun forakter kloner, kopier, fabrikkasjoner, papegøyeri. Han høyakter det mennesket som har mot til å bære sitt eget bilde fram. Det trenger ikke være et glansbilde. Det kan ha flekker og feil, men det må være ekte. Han vil at mennesket skal være et underlig ett-tall. Du kan være av jern eller gull, fattig eller rik, gal eller klok – Hamsun dikter respekt i deg, bare du er din egen original. Dermed blir Hamsun mangfoldets dikter. Det gåtefulle mennesket må bli godtatt – som *seg*. Det krever et raust samfunn. Da må Det norske hus ha mange rom, slik at hver enkelt får sitt eget utviklingsrom. Hamsun er mot human monokultur. Alle han skikkelser danner en hær mot Bli-som-oss-imperativet.

Hamsun er også mot å stenge mennesket inne i rasjonalitetens jernbur.

Av *En vandrer spiller med sordin* lærer vi:

«... *Det er vanskelig å forstå seg ret på mennesker, hvem som er gal og hvem som er klok! Gud hjelpe oss alle for å bli gjennomskuet.*»

Og vi får et gys av fred og frihet – for vi kjenner oss igjen.

Det alltid forstandstyrte og impulskontrollerte mennesket spiller falskt. Mennesket må stjele seg mot til å blotte sin irrasjonalitet. For å være menneske, må mennesket gå fra forstanden:

«Således går det i blandt», sier Johannes i *Victoria*, og hyler av lykke etter en skapende natt: «Forstanden dør.»

Hamsun gir oss plutselig lov til å være surrealist. En anelse galskap er normalt. Ja endog stolt skal du være av sorte hull i din sjel og gale veier i din hjerne. En dag i heftig tristhet over *Victoria* vil Johannes innbille seg at han er glad for noe:

«... Han vil tænde sig en pipe, sætte sig på stolen og gotte sig. Pipen er ganske i ustand, han leter forgjæves efter en kniv, en krads, og rykker pludselig den ene viser av klokken i kroken til å renske pipen med. Denne ødelæggelse gjør ham godt å se på, den får ham til å le i sit indre og han speider omkring efter mer som han kunde bringe i uorden.»

Menneske, helliget være ditt navn: Det er Gåte og Uorden – roper Hamsun. Mennesket er ikke et skjema, men et dyr. Vi blir ondt glade av denne melding. Vi får en tåre i øyet og en trygghet i hjertet når Hamsun klargjør at i glimt er disse skjeve menneskene ålreite dyr.

Han er selv beviset. Knut Hamsun er paradoksmannen, blandingsmennesket. Han lovpriser nøkternhet, men lider også av «umaadelighet». Anfall av selvforakt og fyrstefølelse følger hverandre i serie. Hans helt er den enkle Jordmann, men samtidig vil han være Baron med fem kroner på knappen. Han idealiserer den robuste, men får selv hele tiden brannsåre på sjelen. Han romantiserer hjemstavn: «Mennesket skal ikke være alle steder fra; det skal være hjemmefra.» Men så er han plutselig på kafé i Moskva og føler: «Jeg sitter og er hjemme her, det vil si borte, altså i mit æs.»

Og den siste og største gåte: Landssviket. Til 60-årsdagen i 1919 skriver Anders Österling i *Svenska Dagbladet* at Knut Hamsun har trådt inn i det norske folks bevissthet som tolk og rådgiver. Han har følt og forstått den norske folkesjelen og naturen som ingen andre. Han er i ferd med å bli åndshøvding i Norge. Og så kommer krigens formørkelse og fall. Hamsun er paradoksmannen. Både i diktning og liv beviser han at mennesket ikke er en stenstøtte.

Nokpunktet

Hamsun er lærer i helsekunst ved å inngi mennesket mot til å være seg selv, og ved å anerkjenne Den edle ville, gjerne gale, som gjemmer seg inne i hver og en av oss. Men Hamsun leger også menneskene ved å godta deres feilbarlighet. For å bevare helse må mennesket godta seg selv som logisk

brudd, ære seg selv som ufullkommen. Mennesket er ufullendt – det er godt nok, sier Hamsun. Han dyrker ikke overmennesket, men blandingsmennesket: sterkt og svakt, dydig og syndig, godt og ondt. Hamsun har ingen sans for engler på jorden. På Sellanrå kommer Inger i anfektelser over dårlige handlinger. Isak vil trøste henne: *«Det skal du ikke vær å gråte for, sier Isak, for det er ingen som er som vi skal!»* Hamsun autoriserer det humane regnskap som pluss og minus. Vi må ikke være for strenge med oss selv eller hverandre, fordi: *«Hvem er som vi skulde være?»*

Også på andre måter peker Hamsun på Nokpunktet som helsens punkt. Mennesket må ikke overtro på kontroll over skjebne og framtid:

«Nybyggerne på Sellanrå var sunde mennesker, det som komme skulde, fik komme»

Også av muhammedanerne i Kaukasien kan vi lære sunn fatalisme: *«... hans ro kunde intet forstyrre – det skulde da være når en vantro støtte hans religiøse forestillinger, profanerte hans helligdommer eller en rival nærmet sig hans kvinde. Da gav han et rop som en kamelhingst og skred ind med hæftighed. Bare da. Har han til livets ophold og skjæbnen ikke har slået ham til vanhelse er han tilfreds og taknemmelig, og lider han nød og savn bærer han også da tilskikkelserne med værdighed. Han klager ikke i bladene.»*

Om fatalismen skriver Hamsun: *«Den er så enkel og så prøvet, den er jern...».*

Vi må ikke ha stormannsgale forestillinger om hva et menneske er og kan på Jorden. Slik lyder Hamsuns ydmyke selvangivelse på vegne av homo sapiens:

«Av alt levende i verden er du født til næsten ingen ting. ... Du kommer fra tåken og går tilbake til tåken igjen, så hjertelig ufuldkommen er du.» Menneskene er *«vandrelys alle tilhope, de kommer, skinner litt og blir borte. Kommer og går, som jeg kom og gikk.»*

Nokpunktet handler også om å være fornøyd med det du har, være glad i nok, i stedet for å strebe etter alt. I leserbrev til Molde Annonceblad skriver Hamsun:

«Jeg tror vi er blitt for fine på det og har fått for store fordringer til livet»
«Men alle har vi hevet vår levestof for høit. Vi har glemt den visdom å være

nøisomme. Vi har tapt evnen til å undvære. Våre fedre levet lykkeligere enn vi og hadde mindre at leve av.»

Selv erindrer Hamsun ly for regn som lykke i årene som gjetergutt:

*«Det var et makeløst liv, Og ingen måtte tro at det var verre for mig i regnveir.»
.... «Ingen kan forestille sig det fine og sølsomme behag man kan føle ved
å være i marken i regnveir og da sitte i skjul.»*

Lyst på livet

Lyst på livet kan bety lyst (lang y) på livet og lyst (kort y) på livet. Både lang og kort y gir helse.

Den moderne helsen står og faller – i sinnet. I Pan reflekterer Glahn:

*«Det kan regne og storme, det er ikke derpaa det kommer an, ofte kan en liten
Glæde bemæktige sig en paa en Regnveirsdag og faa en til at gaa avsides med
sin lykke. Til andre tider kan selv usædvanlige Oplevelser ikke formaa at
rykke en ut av en jævn og fattig Stemning; midt i en Ballsal kan man sitte sik-
ker, likegyldig og upaavirket. For det er ens eget Indre som er Sorgens eller
Glædens kilder.»*

Knut Hamsun påstår selv at:

«Jeg er ingen grinatus, jeg spøker ofte, ler gjerne, har et lyst sind.»

Vel, avsyndig morsom kunne kan være. Her er en scene fra Sult. Den Sultne springer opp, river sitt manuskript i stykker, kaster sin hatt på gaten. Han står der og tramper på sin hatt:

*«En politibetjent står nogen få skritt borte og iagttar mig; han står midt ute i
gaten og legger ikke merke til noget andet end mig. Idet jeg slår hodet op møtes
vore øine; han hadde kanskje stået der i længere tid og bare set på mig. Jeg tar
min hat op, sætter den på og går bort til manden.*

Vet De hvormange klokken er? spør jeg.

*Han venter en stund inden han haler sit ur frem og tar ikke sine øine bort fra
mig imens.*

Vel fire, svarer han.

*Akkurat! sier jeg; vel fire, fuldkommen riktig! De kan Deres Ting, hører jeg, og
jeg skal tænke på Dem. Dermed forlot jeg ham.»*

Menneske er menneskets glede, sier Håvamål. Hamsun levde etter det. Han er hele livet på oppdagelsesreise i menneskets indre og ytre verden. I Eventyrland går han seg med vilje bort i Moskva:

«Jeg driver igjen i gaterne, men jeg vet ikke hvor jeg er og vet ikke retningen hjem. Det er en makeløs følelse, jeg er på vildstrå; ingen vet hvor det smaker som ikke har erfart det.»

På toget mot Kaukasien er her *«uforsvarlig med væggelus; men det var allikevel bedre å sitte oppe end å sove i elendigheten og jeg røkte og iakttok mine medreisende av hjertens lyst.»* Nysgjerrighet på mennesker, people watching, er en vital energi i Hamsuns liv. Det gir ham mening, tenning og helse.

Kjærlighet er den ytterste form av mennesket som menneskets glede. Ingen skriver ømmere og voldsommere om denne livskilden enn Hamsun i *Victoria*:

«Ja hva var kjærligheten? En vind som suser i roserne, en morild i blodet. Ak, kjærligheten den gjør menneskehjertet til en sophave, en frodig og uforskammet have hvori står hemmelighetsfull og fræk sop. Den slår kongens hode i veien så hans hår feier alt veiens støv, og derunder hvisker han ublu ord for sig selv og ler og stikker tungen ut.»

Helse er å være i live før døden. Det innebærer å skape, å le og gråte, å seire og fortvile, å være på oppdagelsesreise og å elske. Hamsun er grådig på alt.

Fred og ro

Knut Hamsun fanger en lengsel og en frykt som paralellforskyver seg gjennom tidene – lengselen tilbake – frykten for det som kommer. I essayet *Festina lente* skriver han:

«Fra folk rundt omkring i Europa, og også til dels fra Amerika, har jeg i de senere år fått henvendelser om å skrive et fyndord til dem, et koncentrert visdomsord som de kunde leve på i fremtiden.

Men disse henvendelser peker med tydelighet på ett: den rådvile forvirring rundt om i menneskeheten. Alle famler, ingen har fred. Gud er glemt, dollaren viser sig avmektig til å erstatte ham, mekanikken lindrer ingen sjelenød. Veien er stengt. Under disse forhold er det at Amerika bare øker farten. Amerika vil aldeles ikke la seg stanse av hindringer, det vil frem, det bryte seg vei. Skulde

Amerika vende om? Ingenlunde! Det setter bare hundrefold mer fart på, leker orkan på kloden og jager livet opp i hvitglød.»

Motpolen, helsepolen, er det lille samfunnet på Sellanrå:

«Vokser her intet? Her vokser alt, mennesker, dyr og grøde. Isak sår. Kveldssolen skinner på kornet, det stritter ut fra hans hånd i bue og synker som en gulddryft i jorden. Der kommer Sivert og skal harve, siden skal han rulle, så harver han igjen. Skogen og fjældene står og ser på, alt er høihet og vælde, her er sammenheng og mål.»

Sammenheng og mål – det samsvarer med det mest berømte begrep i nyere helseforskning: *sense of coherence*. Aron Antonovsky har lansert teorien om at *sense of coherence* beskytter mot stress og fremmer helse. Til *sense of coherence* hører.

En varig tillit til at personens indre og ytre virkelighet er forutsigbar.

En grunnleggende opplevelse av sammenheng i tilværelsen.

En trygg oppfatning av det kommer til å gå så bra som mulig.

En følelse av at situasjonene eller krisen er påvirkbar og håndterbar.

En opplevelse av at tilværelsen og eventuelle påkjenninger har mening.

Vi må spørre: Har Antonovsky vært helsespion på Sellanrå?

Nå er det ikke helse å stå på stedet hvil i nostalgia. Dere husker Dubos: Vi finner ikke helsen på et stoppested. Og Hamsun er enig, dere husker helse for ham er å ta sine anlegg i bruk, ja nesten sprengte dem. Men igjen advarer paradoksmannen mot seg selv. Det olympiske motto høyere, raskere, sterkere er farlig for mennesker og samfunn. Ingen blir friske av hvitglød i hjernen og hjertet. Samfunnet mister trygghet og vennlighet av jag og kamp. Helsen vår har godt av Hamsuns definisjon av fremskritt:

«Fremskritt – hva er det? At vi kan kjøre fortere på veiene? Nei, nei, gjør menneskene regnskapet op efter den posteringsmåte vil de komme i underbalanse. – Fremskritt det er legemets nødvendige hvile og sjelens nødvendige ro. Fremskritt det er menneskets trivsel.»

Naturen

For Hamsun, i liv og drøm, er naturen mennesket dypeste helsekilde. Denne kilden har mange dyp. På overflaten er skjønnheten og poesien. Toget går gjennom det store Russland. Toget står, Hamsun våkner:

«Da hører jeg en vidunderlig lyd utenfor. Det glider med en gang en bløt lykfølelse gjennom meg ved denne lyd, jeg klær på meg og farer ut. Det er støren som pludrer her ute.»

Naturen kan bli så allmektig vakker at den ligner på Gud. I Kaukasien åpenbarer istinden Kasbek seg med sine tinder som isgnistrer i solen:

«Jeg tumler ut av vognen og kommer mig bak kaleschen og holder mig fast der og ser. I dette øieblik omfavnes jeg av en hvirvelfølelse, jeg løftes op fra veien, ut av hengslerne, det er som jeg står ansigt til ansigt med en Gud.»

Hamsun er et naturbarn. Det er vi alle. Ordet natur kommer av latin *naturae* – det som blir født. Naturen er det livet mennesket kommer fra og skal tilbake til. For Hamsun er mennesket en tone i *Det vilde kor*. Han taler om menneskets *«væsenslegtskab med naturen»*.

Knut Hamsun finner opp dypøkologien 100 år før Arne Næss. Løitnant Glahn og Markgreven på Sellanrå opplever:

«... den samme navnløse Anelse af Blodsforvandskab med Alskapningen.»

I *Pan* står det:

«Og stundom ser jeg paa Græsset og Græsset ser kanske paa mig igjen, hva vet vi?»

Og kanskje stenene ser mer enn vil tror:

«Der stod en Sten utenfor min Hytte, en høi, graa Sten. Den hadde et Utryk av Venligsindethet mot mig. Det var som den saa mig naar jeg kom gaaende og kjendte mig igjen.»

Naturen er vår livskilde. Derfor må vi fare vel med den. I *På gjengrodde stier* står:

«.... en liten gran nederst i den ustelte haven til nabohuset, hvad skelder den mig? ... Naturligvis farer den ilde og er visst dømt til å dø. Da jeg ikke har noget med den gjør jeg bare saktelig en sving i mørke høstkvelder og skjærer væk løv og grener så den får ro inat.»

Av jord er du kommet, til jord skal du bli – er det siste ord som blir sagt til oss. Hamsuns dype følelse av å høre til i naturen går også igjen i hans

forestilling om at Død ikke finnes. Det ville være forfengelig av mennesket å innbille seg at det er en enestående engangsskapning. Hamsun skriver:

«Vi dør jo ikke for å være død, for å være noget dødt, vi dør for at vi kan gå over til liv, vi dør til liv, vi er i en plan.»

Det kan være en blomst i denne plan:

*Her var jeg kanskje
i Tidens Morgen
som hvit Spiræa
engang at finde*

*Jeg kjender Duften
igjen fra fordum,
jeg skjælver midt i
et gammelt Minde*

Å fingre med blomsterstøv

En gang anklager Hamsun seg selv for å fingre med blomsterstøv. Han fornemmer et stykke liv, men det blir ødelagt når han prøver å skrive det. Kanskje er det sånn med helsen også? Kanskje bør vi frede mektige verdier i livet: Kjærlighet, frihet, helse? De ligner på blomsterstøv, de taper på analyse og definisjon. Vi må ikke stenge helsen inne i Rasjonalitetens jernbur. Filosofen Hans-Georg Gadamer skriver om *“helsens skjulthet”*. John Steinbeck beskriver den tause, ubevisste helsen hos hovedpersonen i *The short reign of Pippin IV*: *«He was fifty-four lean, handsome, and healthy in so far he knew. By that I mean his health was so good that he was not aware he had it.»* Denne helsen er etter Hamsuns smak. Han ville at helsen, som livet, som mennesket skulle være en naturtilstand, ufordervet av medisinsk overkultur. Kanskje finger vi for mye med helsen i dagens Norge? Kanskje vi er for opptatt av å påføre menneskene helsetrøye, sykdomsklær og beskyttelsesdrakt? Kanskje bør vi lyse helsefred over folk og land?

Intet er som å bli pustet på av det levende liv

Siste undring: Har jeg personlig fått helse av å lese Knut Hamsun? Ja. I 50 år har han vært en kilde til helse og anfall av uro og lykke i mitt liv. Hvorfor?

Fordi Jeg'et mitt er blitt mer mitt.
Fordi egenvekten min er blitt tyngre.
Fordi litenheten min er blitt større.
Fordi sansen for annerledeshet er blitt ektere.
Fordi livet-lever-følelsen er blitt sterkere.
Fordi freden min har vokst.
Fordi samlivet med naturen er blitt villere.

Men størst av alt er ikke budene, men kjærligheten – til Hamsuns diktning. Den største helsekilden for meg er diktningen i seg selv, frikoblet mening og melding.

For meg har Knut Hamsun vært det helseforskerne kaller en «significant other», et vesentlig nærmenneske. Han er en av de jeg er gladest i på Jorden. «Jeg går til Hamsun», pleier jeg å si hjemme, som når jeg besøker en venn. Han får meg nesten til å tro på en ånde verden – fordi han er der og tryller med blomsterstøv og gir meg hjernerystelser og rytmeforstyrrelser i hjerte som får livet til å leve. Knut Hamsun gir meg lyst og drift til å leve helt til jeg dør. Hvorfor? Fordi intet er som å bli pustet på av det levende liv. Hør: I På gjengrodd stier opplever Hamsun et glimt av helse. Han får besøk av en ung jente, et troll av et barn, som snakker den døve inn i venstre øre, som spøker og ler med oldingen:

«Da hun var gåt sat jeg tilbake og tænkte. Et velsignet møte for mig. Intet er som å bli pustet på av det levende liv. «

Her, mine venner, er løsningen på Hamsuns og Helsens mysterium: Knut Hamsun puster på oss – med det levende liv.

Litteratur

- Antonovsky A. *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass Publishers, 1979.
Antonovsky A. *Unravelling the mystery of health*. London: Jossey-Bass Publishers, 1987.
Dubos R. *The mirage of health*. London: Allen & Unwin, 1960.
Fugelli P. *Nokpunktet. Essays om helse og verdighet*. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
Gadamer H-G. *The enigma of health*. Stanford: Stanford University Press, 1996.
Habermas J. *The philosophical discourse of modernity*. Cambridge: Polity Press, 1987.
Hamsun K. *Sult*. Oslo: Gyldendal, 1995.
Hamsun K. *Victoria*. Oslo: Gyldendal, 1995.
Hamsun K. *Markens grøde*. Oslo: Gyldendal, 1972.
Hamsun K. *En vandrer spiller med sordin*. Oslo: Gyldendal, 2000.

- Hamsun K. *På gjengrodde stier*. Oslo: Gyldendal, 1964.
- Hamsun K. *Brev til Marie*. Oslo: Aschehoug, 1970.
- Hamsun K. *I Æventyrland. Oplevet og drømt i Kaukasien*. Oslo: Gyldendal, 2000.
- Hamsun K. *Artikler 1889-1928*. Oslo: Gyldendal, 1965.
- Hamsun M. *Regnbuen*. Oslo: Aschehoug, 1974.
- Maslow AH. *Toward a psychology of being*. New York: Van Norstrand Reinhold Company, 1968.
- Steinbeck J. *The short reign of Pippin IV: a fabrication*. Melbourne: Heinemann, 1957.

Per Fugelli
per.fugelli@medisin.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

Målet er et godt liv

«Those only are happy who have their minds fixed on some other object than their own happiness; on the happiness of others, on the improvement of mankind, even on some art or pursuit, followed not as a means, but as itself an ideal end.»

John Stuart Mill (1806-73) (1)

Michael 2009;6:520–9.

Leger kan fristes til å tro at god helse er det beste noen kan oppnå. I beste fall er helse i biomedisinsk forstand kun et middel for å oppnå et godt liv. Lykke, eller i noe mer dempet språkdrakt tilfredshet, har til alle tider vært menneskets ultimate mål. Lykkeforskning (happiness research) er et tverrfaglig felt i rask vekst. De viktigste faktorer for menneskers tilfredshet er mellommenneskelige relasjoner (familie og venner), meningsfullt arbeid, trygg økonomi – og selvsagt også selvopplevd god helse. Personlig frihet og personlige verdier spiller også en stor rolle. Ny forskning viser at tilfredshet ser ut til å spre seg i befolkningen i form av «sosial smitte». Akkurat som helsetjenesten må vokte seg for ikke å spre uhelse med sin intervensjonsiver, må vi alle passe oss slik at ikke jakten på det gode liv blir et hinder for tilfredshet med tilværelsen.

Gjennomsnittlig forventet levealder for nyfødte er et vanlig mål på helsetilstanden i en nasjon på samme måte som bruttonasjonalprodukt (BNP) er et mål på økonomien. Å leve lenge er et ønske for de aller fleste mennesker – helst kombinert med et godt liv. Medisinere har lett for å definere et godt liv som et liv uten noen diagnose, med lavest mulig serumkolesterol og blodtrykk og uten patologiske funn ved CT og MR. Heldige er de som unngår sykdom, men folk flest ser på helse som noe mer, og delvis også som noe annet enn fravær av sykdom. Per Fugelli & Benedicte Ingstad har undersøkt nordmenns helsedefinisjon og konkluderer med at de viktigste elementene er trivsel,

funksjon, natur, humør, mestring og energi. Det folkelige perspektiv på helse kjennetegnes ved helhet, pragmatisme og individualisme (2).

Pensum ved medisinstudiet har begrenset relevans for et slikt helsebegrep, og ikke minst om målet er et godt liv med få problemer og mange gleder. Allmennleger, som møter mennesker med et vidt spekter av problemer, skiller ikke skarpt mellom medisinske og ikke-medisinske problemstillinger (3). Som leger kan vi utvilsomt, og stadig bedre, hjelpe mennesker med veldefinerte medisinske problemer. Jo mindre biomedisinsk veldefinerte problemene er, jo mindre hjelp har vi imidlertid å tilby. Når det gjelder folks gleder har vi knapt noe å bidra med overhode. Selv en bekreftelse på at alle biokjemiske variabler er innenfor referanseområdet, gir i beste fall en kortvarig beroligelse. Medisinen og medisinerne beskjeftiger seg uansett mest med å forebygge og behandle det som tilhører det negative i helse- og livsregnskapet.

De positive posteringene, som handler om aktivitet, mening og lykke, ligger utenfor helsevesenets innsats- og ansvarsområde, og avspeiles ikke nødvendigvis heller i forventet levealder eller BNP. Derfor foreslår BI-forskere en overgang fra BNP til BNL (brutto nasjonal lykke) som viktigste samfunnsindikator for fremtiden (4) og såkalt «lykkeforskning» beskjeftiger seg med årsaker til og konsekvenser av tilfredshet både for enkeltpersoner og grupper.

Helse eller tilfredshet?

«En tilstand av fullkomment legemlig, mentalt og sosialt velvære» som Verdens helseorganisasjons definisjon av helse fra 1946 forutsetter (i tillegg til «fravær av sykdom og lyte») har liten sammenheng med det daglige arbeidet på legekontorer og i sykehusavdelinger.

I en ny bok om helsebegrepet presenterer John Gunnar Mæland denne og mange andre helsedefinisjoner (5). Han beskriver helse både som en tilstand, en opplevelse og en evne. Blant annet drøfter han den svenske filosofen Lennart Nordenfelts helseoppfatning som en evne (ability) til å oppnå «et minstemål av vedvarende lykke». Når det gjelder sammenhengen mellom helse og livskvalitet beskriver Mæland fire mulige relasjoner: at det er to atskilte fenomener, at de er identiske, at ett av begrepene er overordnet det andre, og at helse og livskvalitet er overlappende begreper. Mæland synes det siste alternativet er det mest naturlige og skriver at «helse er mer knyttet til funksjon og prestasjon, mens livskvalitet i høyere grad reflekterer tilstand og opplevelse» (5).

«Det utvidede helsebegrep» er en formulering som gjerne brukes på målsettingen om optimalt velvære på alle livsområder. Men har dette egentlig

så mye med *helse* å gjøre i den forstand ordet ellers brukes i *helsetjeneste* og *helsepersonell*? Spørsmålet er om ikke begreper som lykke og tilfredshet, er minst like hensiktsmessige som uttrykk for et godt liv med høy livskvalitet. Det vil også hjelpe oss til å erkjenne medisinenes tross alt begrensede innflytelse på folks livskvalitet.

Om vi retter blikket mot det som gjør livet godt for mennesker, oppdager vi at fravær av sykdom og god helse i tradisjonell, medisinsk forstand riktignok er viktig, men langt fra det eneste av betydning, og kanskje heller ikke det viktigste. Helse blir i så måte mer et middel enn et mål. At tilfredshet i seg selv også synes å virke positivt på fysiologiske variabler viser hvor komplisert samspillet er. Tilfredshet og positive holdninger er assosiert med lavere sykkelighet, færre symptomer og mindre smerte (6). En metaanalyse viser endog at tilfredshet er prospektivt assosiert med redusert dødelighet både hos tidligere friske og hos personer med kjent sykdom (7).

Internasjonalt er det en omfattende og stadig større interesse for og forskning på det som på engelsk kalles «happiness» og som rent språklig bør oversettes med «lykke». Lykkebegrepet er mangfoldig. Ordet brukes dels om kortvarige opplevelser av lykke, dels om mer vedvarende tilstander av tilfredshet (8). Den siste betydningen er mest relevant, og den vi har lagt til grunn i undersøkelser av norske legers tilfredshet (9). Der har vi stilt spørsmålet «Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?» og bedt om svar på en sjudelt skala fra «svært misfornøyd» til «svært fornøyd». I mine ører har dessuten ordet lykke en klang som gjør at jeg i de fleste sammenhenger, foretrekker det noe mer avdempede ordet *tilfredshet* på norsk.

Lykke eller tilfredshet har vært et menneskelig mål til alle tider. Selv om innholdet i begrepet fortsatt er omdiskutert, har dette vært betraktet som en av de største verdier siden antikken. Darrin McMahon hevder imidlertid at dagens tilfredshetsbegrep er et resultat av opplysningstiden (1). Mens antikkens lykkebegrep var knyttet til skjebne og hell, introduserte opplysningstiden enkeltmenneskets mulighet til selv å påvirke sin situasjon. I den amerikanske konstitusjonen fra 1776 ble «pursuit of happiness» intet mindre enn en rettighet på linje med liv og frihet. «Jakten på lykken» er en utbredt aktivitet i vår tid, og mange faggrupper bidrar til en omfattende og raskt økende litteratur om emnet. I 2008 ble det publisert ikke mindre enn 4 000 bøker om emnet, mot bare 50 i år 2000 (10).

Hva gjør folk tilfredse?

En av de beste bøkene på feltet er etter min mening skrevet av den britiske økonomen Richard Layard (f. 1934) ved *London School of Economy*, nå

baron Layard (11). Han går gjennom så vel økonomisk som psykologisk, filosofisk og medisinsk litteratur og forskning på feltet, og er en av dem som mener at vi like gjerne som bruttonasjonalprodukt burde legge vekt på bruttolykkeprodukt og være mer opptatt av hvordan folk har det subjektivt sett. Det subjektive ved tilfredshet er for øvrig noe som brukes som argument mot sammenlikninger mellom personer og nasjoner. Layard avviser dette argumentet og sammenlikner tilfredshet med smerte. «There is no difference between what people think they feel and what they «really» feel» (11).

Layard oppsummerer hva som er vist å samvarierte med tilfredshet, og hva som ikke gjør det. Til den siste gruppen tilhører både kjønn og utseende. Utdanningsnivå spiller heller ingen rolle. En rekke studier av sammenhengen mellom kognitive funksjoner og tilfredshet viser at høy intelligens ikke gir et lykkeligere liv (12). Richard Layard hevder at heller ikke alder har betydning. Dette er noe mer omstridt. Ottar Helleviks analyse av norske data fra 1985 frem til nå viser at «lykkenivået» faller med økende alder. Kurven for «tilfredshet med tilværelsen», som er noe litt annet, har imidlertid et U-format mønster med laveste punkt omkring 50 års-alder spesielt når det korrigeres for familiesituasjon, opplevd helse og inntekt (13).

Layard angir sju forhold som de viktigste for et lykkelig liv. Fem av dem kan endatil plasseres i rekkefølge etter hvilken betydning de har: familieforhold, økonomi, arbeid, venner og helse. Dessuten spiller personlig frihet og personlige verdier en stor rolle, men disse to forholdene er vanskeligere å kvantifisere og rangere (11). I Norge, som i andre land, viser det seg at en personlig, kristen tro er assosiert med et høyere lykkenivå enn en tro uten personlig engasjement. Deretter kommer de som sier at de ikke tror, og lavest er lykkenivået blant tvilerne (13).

En fersk analyse av 30 000 amerikaneres aktiviteter fra 1975 til 2006 viser at tilfredse personer var mer sosialt aktive, deltok ved religiøse møter oftere, stemte oftere ved valg og leste mer aviser enn de som var misfornøyde med tilværelsen. De misfornøyde brukte til gjengjeld mer tid på fjernsyn også etter kontroll for utdanning, inntekt, alder og familiestatus (14).

Mellommenneskelige relasjoner spiller altså en stor rolle for tilfredsheten, og aller viktigst er kvaliteten og stabiliteten av familieforhold. At helse er mindre viktig enn en rekke andre faktorer, er sikkert overraskende (og kanskje også skuffende) for mange medisinerere. Menneskets tilpasningsdyktighet og mestringsevne er stor, og selv alvorlig sykdom behøver ikke å være til hinder for et godt liv med et høyt tilfredshetsnivå. Men samvariasjonen mellom subjektiv uhelse og lav livstilfredshet på gruppenivå er tydelig (15). I Helleviks norske materiale er for øvrig det «å oppleve egen helse som god»,

den tredje viktigste faktor for lykkenivået, etter tilfredshet med nære relasjoner og det å bo sammen med familie (13).

Betydningen av økonomisk status har vært omdiskutert både for enkeltpersoner og for befolkningsgrupper. Manglende økning i en nasjons gjennomsnittlige lykkenivå til tross for betydelig økende materiell levestandard de senere tiårene, har blitt tatt som uttrykk for at mer penger ikke gir mer tilfredshet. Allerede i 1974 hevdet den amerikanske økonomen Richard A Easterlin at økonomisk vekst ikke øker folks lykkedefølelse på nasjonsnivå når alle basalbehov er dekket, noe som er kjent som Easterlin-paradokset (16). Nyere sammenlikninger mellom BNP og lykkenivå i ulike land viser imidlertid en klar sammenheng; jo mer velstand, jo mer tilfredshet – uten noen tegn til avflating for de rikeste landene (17). Norske data viser også at lykkenivået i befolkningen stiger med økende inntekt. «Velstandsveksten i seg selv har en positiv effekt på lykkenivået», skriver Ottar Hellevik (13).

Norsk lykke høy, men ikke økende

Norge skårer som regel høyt i internasjonale undersøkelser av nasjoners lykkenivå (om enn bak Danmark som vanligvis topper statistikkene). Men mens de fleste land øker sitt lykkenivå, viser internasjonale sammenlikninger at Norge sammen med USA og Sveits har hatt et nesten stabilt nivå fra 1980 til 2006 (18).

Når lykkenivået for nasjonen Norge ikke har steget til tross for en stor velstandsvekst, kan dette skyldes andre forhold som har påvirket lykken i negativ retning (19). En systematisk jakt på slike «lykkedempere» gir imidlertid få funn. Verken svekkede sosiale relasjoner, dårligere arbeidsforhold, mer samfunnspessimisme eller fremtidsfrykt kan påvises. Egenopplevd helse blant nordmenn ser heller ut til å ha bedret seg enn å ha blitt forverret fra 1997 til 2007. Interessant nok ser også tilfredshet med egen kropp ut til å ha blitt høyere, selv om objektive kriterier som for eksempel kroppsmasseindeks viser at stadig flere er overvektige. Noen holdningsendringer i det norske samfunn kan ha hatt negative konsekvenser, for eksempel mindre nasjonal patriotisme, økende opplevelse av økonomiske forskjeller og en lett svekket religiøsitet. Verdiutviklingen i Norge de siste 25 årene kan i følge Hellevik deles i to faser; fra 1985 til begynnelsen av det 21. århundret forskjøv tyngdepunktet seg fra tradisjonell idealisme til moderne materialisme, men de siste årene ser det ut til at idealismen til en viss grad er på vei tilbake (13).

80 % av variasjonen i lykkenivå mellom nasjoner forklares for øvrig av seks faktorer: skilsmissraten, arbeidsledigheten, tillitsnivået i samfunnet, medlemsandelen i ikke-religiøse organisasjoner, demokratiseringsgraden og andelen som tror på Gud (20).

Kan vi forbedre vår tilfredshet?

«It may be that trying to be happier is as futile as trying to be taller» skrev David Lykken & Auke Tellegen i 1996 i en artikkel som bygget på tvillingundersøkelser og konkluderte med at den enkeltes tilfredshetsnivå vesentlig er genetisk bestemt (21). David Lykken har senere modifisert dette utsagnet betraktelig, og i en egen bok beskriver han hvordan man kan øke tilfredsheten uansett genetisk utgangspunkt, ikke minst gjennom bekjempelse av «tilfredshetstyver» som depresjon, frykt og sinne (22). Likevel kan det virke som om mange av oss er utstyrt med en slags «tilfredshetstermostat» som er innstilt på et eller annet nivå. Triste begivenheter kan for en tid gjøre oss ulykkelige og det motsatte kan øke tilfredsheten for en periode, men svingningene er kortvarige og etter relativt kort tid er vi tilbake på vårt normale tilfredshetsnivå (23). Menneskets adaptasjonsevne er betydelig (24).

«Hemmeligheten med lykken er å finne mening i livet slik det er», skriver filosofen Einar Øverenget (25). Per Arne Dahl legger vekt på rastløsheten i vår tid og mangelen på «tilstedeværelse» i en analyse av misnøyen i dagens samfunn. «En av vår tids største trusler er flyktigheten, det delte sinn og den spaltede oppmerksomhet», skriver han (26). Den franske psykiateren Francois Lelord, som har skrevet en fornøylig, nærmest naivistisk liten roman som heter «Jakten på lykken – eller Hectors reise» (27), konkluderer med at lærdom nr 1 er at «En god måte å ødelegge lykken på er å gjøre sammenlikninger».

Gode råd for et godt liv ligger rimeligvis utenfor ambisjonsnivået for en artikkel av denne art. Men om samvariasjonen mellom livsstil og levekår på den ene siden og tilfredshetsnivået på den andre siden innebærer kausale elementer, kan den amerikanske psykologen Martin EP Seligman ha rett i sin anbefaling av å bo i et rikt, demokratisk land, å være gift, ha et stort sosialt nettverk, unngå negative hendelser og ha en religiøs tro (28). Han ser ingen grunn til å anbefale høyere inntekt, mer utdanning eller å flytte seg til et område med bedre klima (28). Heller ikke bedre helse etter objektive, medisinske kriterier har etter hans oppfatning særlig betydning ettersom det er den subjektive helseoppfatningen som er viktigst. Alt i alt mener Seligman at endring av ytre faktorer har begrenset effekt på tilfredshetsnivået. Han peker på at det er mange og individuelle måter å bli lykkelig på, men at det handler mest om egne holdninger (28). Seligman beskriver tre veier til et bedre liv:

- å stimulere positive følelser (for eksempel håp og optimisme) («the pleasant life»),
- gleden og tilfredsstillelsen ved å utføre noe (lese en bok, spille et instrument, løse en oppgave) («the good life»)

- og det å engasjere seg i noe som er større enn en selv (familie, politikk, tro) («the meaningful life») (29).

Smittsom tilfredshet

Ny forskning viser at ikke bare infeksjonssykdommer, men også atferd og holdninger smitter gjennom nettverk. Sosiale nettverk er viktige for spredningen av mange tilstander som vi normalt ikke ser på som «smittsomme». Nicholas A. Christakis & James H. Fowler har ved hjelp av data fra Framingham-studien (opprinnelig en hjerteundersøkelse) vist at både overvekt (30) og røykevaner (31) spres gjennom sosiale nettverk, dvs. gjennom venner og bekjente.

På samme måte påvirkes også folks tilfredshet. Ved å følge 4 739 personer fra 1983 til 2003 kunne Christakis & Fowler vise hvordan tilfredshetsnivået avhenger av hvem man er sammen med. Mennesker som påvirkes av noen med høyt tilfredshetsnivå har økt sannsynlighet for å bli lykkeligere med tiden (32). Dette åpner for en ny forståelse av «tilfredshetens epidemiologi».

Lykkejakt må ikke skape misnøye

Helsebegrepet slik vi i praksis bruker det som leger, har bare begrenset relevans for livskvalitet. «Den moderne tanken om at helse egentlig dreier seg om livskvalitet, er både forførerisk og falsk», skriver John Gunnar Mæland. «Helse er bare én av mange komponenter i det bakteppet som utkrystalliserer seg i vurderingen av kvaliteten av livet» (5). Å oppnå og beholde en god helse er verdt både forsakelser og intervensjoner, men livet er mangfoldig og mye annet virker inn på tilfredsheten med tilværelsen.

Dessverre har tilfredshet blitt politisk ukorrekt i dagens samfunn (33). Vi dyrker på mange måter misnøyen. Politikere blir ikke gjenvalgt om de tilkjennegir tilfredshet med et samfunnsområde. Massemediene er utelukkende opptatt av dysfunksjon og avvik. Kommersialisering og reklame spiller på nye behov som angivelig må dekkes for å oppnå et godt liv. Fagforeninger og interesseorganisasjoner lever av å være utilfredse. Uttrykt tilfredshet blir lett en ulempe i kampen om mer ressurser som så å si alle deltar i.

Dette går paradoksalt nok hånd i hånd med den økende lykkeforskningen og den utbredte jakten på det gode liv.

Kanskje burde vi være mindre opptatt både av det som kunne vært bedre og av hva vi kan gjøre for å få det bedre? Tilfredshet med det vi er og har, uten å sammenlikne oss ufordelaktig med andre, og forsøke å utvikle gode relasjoner med våre omgivelser er sannsynligvis den beste måten å gjøre livet godt på (34). På samme måte som vi i klinisk medisin må være varsomme

så vi ikke skaper uhelse og angst med medikalisering og intervensjoner, må vi vokte oss for en selvsentrert, krampaktig lykkejakt som i verste fall virker mot sin hensikt.

Gjennom forebygging, diagnostikk og behandling skal vi selvsagt bekjempe sykdom, men selv alvorlige, medisinske tilstander kan forenes med et godt liv. Vi må lære pasienter mestrings teknikker og formidle håp og optimisme til de stadig flere som lever med kronisk sykdom. Motgang og vansker kan, paradoksalt nok, gi nye perspektiver og på litt sikt faktisk berike livet. Møter med og omsorg for andre mennesker medfører ofte engasjement og aktivitet og bidrar til økt tilfredshet. Som for livet for øvrig, er vi selv også ansvarlige for vårt tilfredshetsnivå. Medisinen og medisinerne har en begrenset rolle i arbeidet for «det gode liv».

Kloke ord er ofte ytret for lenge siden. Den engelske filosofen Jeremy Bentham (1748-1832) skrev en gang i et brev til en venns unge datter:

«Create all the happiness you are able to create: remove all the misery you are able to remove. Every day will allow you to add something to the pleasures of others, or to diminish something of their pains. And for every grain of enjoyment you sow in the bosom of another, you shall find a harvest in your own bosom; while every sorrow which you pluck out from the thoughts and feelings of a fellow creature shall be replaced by beautiful peace and joy in the sanctuary of your soul» (11).

Litteratur

1. McMahon D. *The pursuit of happiness. A history from the Greeks to the present*. London: Penguin/Allan Lane, 2006.
2. Fugelli P, Ingstad B. *Helse på norsk*. Oslo: Gyldendal, 2009.
3. Nessa J, Schei E, Stensland P. Korleis møter allmennlegane pasientanes livsproblem? *Tidssk Nor Legeforen* 2009;129:1323-5.
4. Hjeltnes G, Stoknes PE. Norge i verden: nye muligheter? I: *Fremtidsbilder 2030*. http://www.bi.no/Content/Article____43832.aspx
5. Mæland JG. Hva er helse? Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
6. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psych Bull* 2005;131:925-71.
7. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med* 2008;70:741-56.
8. Vittersø J. Lykken er mangfoldig. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2005;42:913-6.
9. Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002. *BMC Health Services Research* 2005;5:44 doi:10.1186/1472-6963-5-44.
10. Flora C. The Pursuit of Happiness. *Psychology Today* 2009; Jan/Feb: 61-9.
11. Layard R. *Happiness. Lessons from a new science*. New York: Penguin, 2005.
12. Lökk J. Hög intelligenskvot ger inte lyckligare liv. *Läkartidningen* 2006;103:204.
13. Hellevik O. *Jakten på den norske lykken*. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
14. Robinson JP, Martin S. What do happy people do? *Social Indicators Research* December 2008 doi: 10.1007/s11205-008-9296-6.
15. Subramanian SV, Kim D, Kawachi I. Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:664-669. doi: 10.1136/jech.2004.025742.
16. Easterlin RA. Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. I: David PA, Reder MW red. *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramowitz*. New York: Academic Press, 1974.
17. Stevenson B, Wolfers J. *Economic Growth and Subjective Well-Being: Reassessing the Easterlin Paradox*. 3rd Annual Conference on Empirical Legal Studies Papers. <http://ssrn.com/abstract=1121237>.
18. <http://www.worldvaluessurvey.org/>.
19. Hellevik O. Economy, Values and Happiness in Norway. *Journal of Happiness Studies* 2003;4: 243-83.
20. <http://cep.lse.ac.uk/layard/annex.pdf>.
21. Lykken DT, Tellegen A. Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science* 1996;7:186-9.
22. Lykken D. *Happiness. The nature and nurture of joy and contentment*. New York: St Martin's Griffin, 1999.
23. Brickman P, Coates D, Janoff-Bulman R. Lottery winners and accidentvictims: is happiness relative? *J Pers Soc Psychol* 1978;36:917-27.

24. Headey B, Wearing A. *Understanding Happiness. A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Cheshire, 1992.
25. Øverenget E. *Lykkens filosofi*. Oslo: Aschehoug, 2006.
26. Dahl PA. *Hvorfor har vi det ikke bedre, når vi har det så godt?* Oslo: Schibsted, 2002.
27. Lelord F. *Jakten på lykken – eller Hectors reise*. Oslo: Pantagruel, 2005.
28. Seligman MEP. *Authentic happiness*. London: Nicholas Brealey, 2003.
29. Seligman MEP, Parks AC, Steen T. A balanced psychology and a full life. *Phil Trans R Soc Lond B* 2004;359:1379-81.
30. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357:370-9
31. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med* 2008;358:2249-58.
32. Fowler JH, Christakis NA. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis of the Framingham Heart Study social network. *BMJ* 2008;337:a2338 doi:10.1136/bmj.a2338.
33. Nylenna M. Er tilfredshet en trussel? I: Nylenna M, Jacobsen G red. *Legerollens mange muligheter*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
34. Delamoth T. Happiness. *BMJ* 2005;331:1489-90.

Magne Nylenna
 magne.nylenna@helsebiblioteket.no
 Helsebiblioteket
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
 Postboks 7004 St. Olavs plass
 0130 Oslo

og

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo

og

Institutt for samfunnsmedisin
 Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Et liv i medisins randsoner

Michael 2009;6:530–5.

Mange nåværende og framtidige helseproblemer må sannsynligvis finne løsninger som hører hjemme i randsonene av det medisinske fag og helsevesenet tradisjonelt beskjeftiger seg med. Både samfunnsutviklingen og i det siste også menneskeskapte endringer i selve naturen, slik som klimaendringene, krever en nyorientering. Aktiv medisinsk bruk av natur, kultur og helse gjennom den såkalte «NaKuHel»-visjonen har siden 1987 blant annet materialisert seg i et behandlings- og omsorgsopplegg for personer som ikke egentlig er syke, men som likevel ikke takler livet. NaKuHel-arbeidet har vist seg å være levedyktig, på tross av at denne type aktiviteter ligger i helsetjenestens og medisins randsoner.

Ny helse og nye løsninger

I det 21. århundre vil klimaendringene kanskje komme til å bli årsak til de største helseproblemene (1). For å forebygge sykdom, skade og lidelse må vi ta nye og gamle metoder i bruk, og vi må føre en helse- og miljøpolitikk som gir resultater.

Det er grunn til å tro at helsefremmende natur- og kulturaktiviteter i nærheten av der folk bor og arbeider, kan bidra til å løse en del av dagens utfordringer vedrørende *helse*. Men ved å satse lokalt vil man også indirekte kunne påvirke det tilgrunnliggende *miljøet*. Blant annet kan man redusere dagens behov for transport med de positive konsekvenser dette har for miljøet.

Dagens transport av mat fra andre siden av kloden er ikke nødvendig for at vi her i Norge skal kunne leve på sunne matvarer. Dyrking av frukt, bær, grønnsaker, korn etc. i eget nærområde vil således også kunne bidra til et bedre miljø.

Hvis vi antar at økologisk dyrket mat både sparer miljøet og er helsemessig gunstig, er det et paradoks at et økologisk eple, kjøpt i Norge, er dyrket f. eks. på New Zealand. I Danmark produserer gårdsbrukene betydelig mer



Gunnar Tellnes
(Foto: Ø. Larsen 2009)

økologisk mat enn i Norge. Hvorfor utviklingen i Norge ligger så langt etter, er uklart.

Samfunnet må bygges på nye verdivalg

I en tid med økt globalisering og der økonomisk profitt og materialisme synes å være selve motivet og drivkraften bak den teknologiske utviklingen, er det derfor all grunn til å rope et varsku. De internasjonale og store industrikonsernene blir stadig sterkere og viser for lite samfunnsansvar. De får mange steder mer innflytelse enn det myndighetene i hvert enkelt land rår over. Derfor er det helt avgjørende at disse selskapene også må ta mer etisk og moralsk ansvar, nasjonalt og internasjonalt. Økt samarbeid mellom næringsliv, offentlige myndigheter, frivillige organisasjoner og engasjerte enkeltpersoner, heriblant samfunnsmedisinere, synes å bli tvingende nødvendig dersom vi skal takle det miljømessige forfallet, både fysisk, sosialt og psykologisk.

Samtidig trenger vi en samfunnsform og en endret verdiholdning til det sosiale livet, slik at materielt forbruk blir mindre sentralt. Det er *nødvendig å bygge nye og gode sosiale strukturer i samfunnet*. Samværsformer med kreative

og kunstneriske aktiviteter, fortrinnsvis i naturlige omgivelser, vil kunne vise ny vei til livsglede og mening i hverdagen uten at naturens ressurser blir brukt på en måte som på sikt kan undergrave menneskenes fremtidige eksistensgrunnlag.

Forløsning av kreative egenskaper som helsefremmende strategi

NaKuHel-visjonen, som baserer seg på aktiv bruk av elementer fra natur, kultur og helse, ble unnnfanget sensommeren 1987 da jeg arbeidet som vikar for kommunelegen på Røst. Dette var samtidig som jeg skrev min doktorgrad om legens sykmeldingspraksis ved Universitetet i Oslo. Det bildet jeg fikk, var at ca. halvparten av sykefraværet skyldtes diagnoser som helsevesenet ikke har effektive metoder for å helbrede. Behovet for å finne andre tilnærminger enn «piller og kirurgi» var til å ta og føle på, samtidig som miljøtruselen også var kommet på dagsordenen, blant annet i Brundtlandskommisjonens innstilling *Our Common Future*.

NaKuHel-visjonen handler om å skape felles møteplasser og aktiviteter for helhetstenkning og kreativitet innenfor samspillet natur-kultur-helse, der offentlige etater, næringsliv, frivillige organisasjoner, ildsjeler og andre samarbeider for å nå felles mål (2). Hovedmålet er å fremme helse, miljø og livskvalitet for *alle*!

Forløsning og bevisstgjøring av egne talenter og kreativitet er en viktig tanke bak Natur-Kultur-Helse-konseptet og ved NaKuHel-senteret som fra 1994 ble bygd opp på Sem i Asker (3). Vår erfaring er at NaKuHel-aktiviteter kan gi en indirekte effekt med følelse av livsgnist, inspirasjon og lyst til rehabilitering. For personer som er sykmeldte, kan dette være veien tilbake til yrkesaktiv virksomhet. Evaluering av tilbud med natur-kultur-helseaktiviteter i nærmiljøet i Asker har vist at dette kan påvirke deltakernes livskvalitet, helse og miljøbevissthet (4).

Gode fellesskap med venner, frisk luft og muligheter for stillhet og kunstopplevelser er eksempler på *salutogene* faktorer i våre liv. Dagens sykehusmedisin har hovedfokus på *patogene* faktorer, mens helsefremmende tiltak har lav prioritet i helseøkonomien. Gode eksempler på salutogenese er sang og musikk, teater og drama, kontakt med dyr og planter, friluftsliv og naturopplevelser, bærekraftig kosthold, osv. Mange søker selv salutogene opplevelser i fritiden, men for andre, som for eksempel de som har psykiske lidelser, er det ofte nødvendig at samfunnet tilrettelegger for slike aktiviteter. Ikke alle er friske nok eller har overskudd til selv å ta salutogene tilbud i bruk. Inkluderende fellesskap der den unike erfaring vi alle bærer på, kan bli sett og verdsatt av andre, er her helt sentralt.

Helsefremmende natur- og kulturaktiviteter har et tverrpolitisk potensial

for å bedre trivsel, miljø og folkehelse. I vår tid med globale kriser innenfor økonomi, mat og klima, kan NaKuHel-ideologien være med og vise vei mot en bedre fremtid. Det er derfor prisverdig at Asker Høyre i sitt valgprogram i flere år gitt støtte til NaKuHels arbeid. Asker Venstre ga allerede i 1997 en pris til senteret på Sem. Det er derfor en glede å registrere at også Senterpartiet nevner NaKuHel-aktiviteter i sitt valgprogram i 2009.

Da Thorbjørn Jagland i 2008 la ned grunnsteinen for et framtidig NaKuHel Akademi i Sigdal uttalte han de kloke ord: *Det er dette som er fremtiden* (5)! Det er mitt håp at også framtidens politikere og leger vektlegger betydningen av helsefremmende natur- og kulturaktiviteter.

Utviklingen av Senter for Natur-Kultur-Helse på Sem i Asker (www.nakuhel.no) har vært drevet etter empowerment-prinsippet. Initiativtakerne har lagt til rette for en felles arena og møteplass der interesserte deltakere fra alle samfunnslag har blitt inkludert med stor frihet til å få realisere sine egne ideer. Etter hvert som senteret gradvis ble mer bærekraftig, har «ekspertene» gitt fra seg makt og styring. Helsefremmende natur og kulturaktiviteter har sannsynligvis fortsatt et ubrukt potensial for å styrke psykisk helse og livskvalitet.

Helhetstenkning i medisin og folkehelse – Erfaringer fra Værøy og Røst

Til forskjell fra allmennmedisinen som ivaretar det enkelte individs helse, vil samfunnsmedisinen være populasjonsbasert og grupperettet. Enelegen kan i en avgrenset befolkning som Værøy og Røst kartlegge nærmest hele populasjonens helsetilstand og risiko for både sykdom og sunnhet. Deretter kan det stilles en kommunediagnose som gir grunnlag for målrettet forebyggende arbeid rettet mot visse risikogrupper, eller aller helst hele populasjonen (6). I sitt doktorgradsprosjekt fra Værøy og Røst (1970-73) viste Per Fugelli at diagnosegruppen «skader» hadde høyest *insidens* (7). Sykdomsgruppen «mentale lidelser» syntes imidlertid å ha høyest *prevalens*. I ettertid ble disse populasjonsbaserte forskningsresultatene fulgt opp av nye undersøkelser som skulle gi grunnlag for forebyggende arbeid i lokalsamfunnet generelt og rettet mot de største risikogruppene spesielt (8-10).

Men ikke alle lidelser lot seg forebygge like lett. Blant dem som var plaget av mentale lidelser, viste det seg at hele to tredjedeler mente at dårlig vær og mørketid forverret deres plager (11). Det vi lærte i dette vel definerte øyriket, var hvor nyttig og spennende det var å bruke epidemiologisk metode (12). Her var det mulig å kartlegge den delen av befolkningen som var utsatt for en sykdomsrisiko og de som ikke var det. Samtidig lot det seg gjøre å registrere hvem som hadde en sykdom eller skade og hvem som ikke hadde

det. Populasjonsbasert epidemiologi som grunnlag for forebygging og helsepolitikk kunne med fordel tas i bruk (13-14). Utfordringen for oss som leger og forskere ble kunsten å opptre varsomt og vise respekt for øyfolket.

I forebyggende arbeid kan en ikke bare forholde seg til høyrisikogruppene. Det er også nødvendig å nå frem til de friske, f. eks. blant trendsettere og ledere i befolkningen. På Røst kunne dette være politikere, offentlig ansatte, dyktige fiskere eller fiskeoppkjøpere. Årsaken var blant annet at disse hadde en posisjon som gjorde at de var viktige beslutningstakere i kommunen.

Andre tilsynelatende friske innbyggere var kanskje i randsonen for å kunne bli syke, selv om det ikke ble avslørt at de var i risikosonen. Disse trengte også råd om forebygging, nettopp for å hindre sykdomsutvikling i et tidlig stadium.

I andre tilfeller derimot, var spesifikke tiltak rettet mot grupper i befolkningen som åpenbart var i høyrisikogruppen, blant de viktigste å nå frem til. Som doktor på Værøy og Røst lærte vi som var leger der således at god samfunnsmedisin best kan utøves synergistisk ved å kombinere flere forebyggingsstrategier skreddersydd for lokalbefolkningen (15).

Og mye av dette arbeidet ligger i medisinsens randsoner.

Litteratur

1. *Managing the Health effects of Climate Change*. Launched in London, UK, May 13, 2009. <http://www.thelancet.com/climate-change>
2. Tellnes G. How can nature and culture promote health? *Scand J Public Health* 2009; 37: 559-61. Editorial.
3. Tellnes G. *Samspillet Natur-Kultur-Helse. NaKuHel-konseptet i teori og praksis*. Unipub forlag, 2003.
4. Batt-Rawden KB, Tellnes G. Nature-culture-health activities as a method of rehabilitation: an evaluation of participant's health, quality of life and function. *International Journal of Rehabilitation Research* 2005; 28: 175-180.
5. Sund S. Det er dette som er fremtiden. *Bygdeposten*, 14 oktober 2008. Side 8.
6. Tellnes G. Kommuned diagnose som grunnlag for helseopplysning og forebyggende arbeid i lokalsamfunnet. *Utposten* 1986; 15: 62-65.
7. Fugelli P. *Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst* (doktoravhandling). Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
8. Tellnes G. Resultater av skadeforebyggende arbeid i lokalsamfunnet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1984; 104: 1838-42.
9. Tellnes G, Bjørndal A, Fugelli P. Psychotropic drug-users and non-users in general practice. I. A three year retrospective study from an island community in Northern Norway. *Scan J Prim Health Care* 1986; 4: 131-35.

10. Tellnes G. Hudsykdommer i fiskeryrket. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 566-68.
11. Tellnes G, Fugelli P, Bjørndal A. Treatment of mental problems. A one year prospective study from an island community in Northern Norway. *Scan J Soc Med* 1987; 15: 131-37.
12. Lilienfeld AM, Lilienfeld DE. *Foundations of epidemiology*. 2.ed. New York: Oxford University Press, 1980.
13. Ibrahim MA. *Epidemiology and health policy*. Rockville, Maryland: An Aspen Publication, 1985.
14. Tellnes G, Andresen ET. Legal aspects of prevention in Norway. *Int J Public Health Policy* 2006; 27: 366-375.
15. Tellnes G, Lund J, Sandvik L, Klouman E, Ytterstad B Long-term effects of community based injury prevention on the island Verøy in Norway: A 20-year follow up. *Scand J Public Health* 2006; 34: 312-319.

Gunnar Tellnes

gunnar.tellnes@medisin.uio.no

Universitetet i Oslo

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Medisinens ultimate randsoner??



På dette bildet fra 1969 ser vi daværende distriktslege i Sør-Varanger, senere professor i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø, Anders Forsdahl (1930-2006), som er tilkalt for å uttale seg om hvordan man best kan hjelpe en strandet hvalross. (Fotografen er ukjent. Bildet er gjengitt fra Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD (red.) Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.)

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004