



Michael Quarterly

Publication Series of The Norwegian Medical Society



Kommunikasjon og språk

3/11



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.

Forståelse

Michael 2011;8: 311–6.

Denne kommentarartikkelen diskuterer bakgrunnen for at forståelse i betydningen innlevelse og deltakelse tilsynelatende har måttet vike plass i medisinen for forståelse i betydningen innsikt og kunnskap. Sentralt står makt i betydningen evne til å løse problemer, manglende vilje til å se avmakten i øynene når man ikke lykkes, og tapt interesse for pasientenes eksistensielle behov. Det er fortsatt uvanlig å få frem pasientens perspektiv, enda så vesentlig det er å kjenne det før man gir informasjon – den oppgaven som både er mest tidkrevende og vanskelig og samtidig nødvendig for å gi pasienten bedre evne til å mestre sin situasjon. Forfatteren etterlyser systematisk kursing og veiledning i kommunikasjon som obligatorisk ledd i videre- og etterutdanningen.

Dette nummeret av Michael har temaet *språk og kommunikasjon*. Artiklene dekker ulike teiger av disse emnene, tilsynelatende med lang avstand mellom, beskrevet med forskjellige metoder av mennesker som hva bakgrunn angår ser ut til å ha lite til felles. Nettopp dette spriket, og det faktum at redaksjonen har samlet stoffet i ett nummer, illustrerer hvilke utfordringer vi mennesker står overfor når vi kommuniserer. Vi kommer fra hver vår personlige verden, med millioner av opplevelsessekunder som bare er våre, og møtes, to eller flere, kanskje med samme språk, men aldri med identisk begrepsbruk. Likevel, vi søker hverandre, og vi øyner et fellesskap: Behovet for forståelse.

Forståelse er heller ikke entydig. Bokmålsordboka (1) oppgir to betydninger. Den ene handler om innsikt og kunnskap. Den andre handler om innlevelse og deltakelse. Pasientbehandling krever begge deler. Man skulle tro det var opplagt, men alt for mange pasientfortellinger bærer bud om noe annet. Jeg har en idé om hvordan kommunikasjon ble så lite viktig i medisinen.

Sentralt står makt. Men ikke slik man ofte tenker om makt, som noe som utøves for å betvinge andre. Magne Nylenna nevner i sin artikkel mistanken om at det medisinske fagspråket er brukt som et maktmiddel (2), og sikkert er det nok at pasienter i sin sårbare situasjon har opplevd forverring av sin utrygghet stilt overfor medisinsk sjargong. Jeg tror likevel at det er langt mellom leger som har ønsket å bruke språket slik. Makt er noe mer – det er også evne. Er det noe som karakteriserer medisinen, spesielt de siste 150 årene, så er det evne: Evne til å kurere farlige sykdommer, til å reparere skader, til å forebygge tilstander gjennom avansert kunnskap. Medisinens suksess er en seiersgang, en maktdemonstrasjon. I moderne samfunn finnes knapt individer som ikke fra barnsben har opplevd dette i sin nære familie. Det har gjort noe med befolkningens forventninger, men det har også gjort noe med utøverne av medisin.

Har man suksess, blir man etterspurt. Folk strømmer til, viser beundring, utfordrer ikke og er ofte takknemlige. Å være populær er å være viktig. Det kjennes godt så lenge man lykkes. Men intet beger uten malurt. Regelmessig har legen ikke svaret, og heller ikke løsningen. Det er mange måter å møte det på. Man kan vise innlevelse i pasientens situasjon, delta i angsten og sorgen, være til stede. Man kan også forlate den syke, konsentrere seg om det man får til, perfeksjonere seg og forsterke suksessen hos andre. Og man kan forkaste, forklare motgangen med egenskaper ved pasienten og unngå å se avmakten i øynene. Det kan gjøre forferdelig vondt.

Noe slikt er det Anne-Margrethe Nyhus forteller om (3). Det er neppe tilfeldig at hennes historie handler om symptomer som legene slet med å tolke. Hun eksemplifiserer også hvordan det ofte er (de få) ressurssterke, taleføre pasientene som ender med å bli oppfattet som vanskelige. De fleste leger jeg snakker med sier at «pasientene er greie de, det er de pårørende som lager bråk» – en presis observasjon som viser hvor sårbare og prisgitte pasienter er. Dette forklarer også hvorfor legene fortsetter å se på kommunikasjon som koseprat, og ikke bruker energi på å forbedre seg. De tror egentlig at kommunikasjonen fungerer godt. Men faktum er at leger i liten grad evner å vurdere pasientenes tilfredshet (4,5), de får rett og slett lite direkte tilbakemelding. Og ikke bare det: Pasientene forventer seg heller ikke så mye. De er glade til om de blir kurert, naturlig nok, det skulle bare mangle – og er positivt overrasket om de møter en forståelsesfull lege. Pasientenes utsagn om legens kommunikasjon er heller ikke presise. Utsagnene er for preget av graden av generell tilfredshet, som har med mye annet å gjøre enn kommunikasjonskvaliteten (6). Når legene ikke får korrektiv, har de heller ingen stimulans til å endre atferd. I historier som Nyhus sin er det nesten rørende å se hvor viktig det blir for

pasienten å få rett til slutt. Å kunne konstatere at plagene skyldtes «ordentlig sykdom». Det skinner gjennom i hennes fortelling, og kan bare gi oss en anelse om hvordan det oppleves alle de gangene pasientene ikke er så «heldige».

Jørn-Kr. Jørgensens historie er en helt annen (7). Her er en pasient som er fornøyd med direkte beskjed om hvor dårlig det står til. Beskjeden gis av en lege som *ikke* er i avmakt, som står overfor en akutt tilstand der medisinen kan tilby livreddende inngripen – og som samtidig vet at livsstilsendring er eneste farbare vei for pasienten. Denne pasienten skriver at jo mer konkret og direkte legen kan være, jo bedre er det. Mye tyder på at det er rett for de fleste – men det fordrer at legen ikke forlater pasienten etterpå. I Jørgensens tilfelle var det håp, ikke alltid er det det. Onkologer, de eneste sykehusspesialistene i Norge med obligatorisk kommunikasjonskurs i videre- og etterutdanningen, viker ofte unna realitetene i situasjonen når de snakker med pasientene og sykdommen ikke lenger er kurabel (8,9). Argumentet er at man ikke må ta fra pasienten håpet, men det lyder hult. En like sannsynlig grunn er at det også er smertefullt for onkologen å innrømme at kreftutviklingen ikke lenger kan stoppes, så vondt at kommunikasjonen blir uklar og vag. Det er ikke pasienten tjent med. Mange kreftpasienter har følt seg lurt når det plutselig og sent går opp for dem at døden er nær. En norsk studie viser at norske sykehusleger ikke mangler evne til å være høflige, vennlige og medmenneskelige, men de viser likevel liten eller ingen interesse for pasientens eksistensielle behov (10).

På den annen side finnes det pasienter som absolutt ikke vil høre snakk om døden. Og hvordan skal legen vite hvem det er? Her står vi ved den viktigste og minst brukte nøkkelen i legers kommunikasjon med pasienter: Få frem pasientens perspektiv! Tre sentrale spørsmål hører enhver medisinsk situasjon med våken pasient til: Hva tenker du om disse symptomene/denne diagnosen /denne situasjonen? Hvordan virker dette inn på livet ditt? Hva håper du at vi kan oppnå? Ordvalget må selvsagt tilpasses der og da, men innholdet er vesentlig. I de store treningsprogrammene innen klinisk kommunikasjon (11,12) er dette et bærende element, men det neglisjeres til og med i allmennpraksis. I vår studie av 497 konsultasjoner med 71 leger i et norsk sykehus, skårer legene bare 24 % av det oppnåelige på denne ferdigheten (upubliserte data). Legene velger vekk sentral informasjon som gjør pasienten til en person med egne erfaringer og synspunkter – opplagt en bivirkning av medisinenes suksess – men direkte ødeleggende for samhandlingen med pasienten.

Mangelen på denne informasjonen er – foruten en implisitt nedvurdering av pasientens mestringsevne – også et betydelig handikap når legen

skal gi pasienten informasjon. Av alle kommunikasjonsoppgaver er antakelig det å ta pasienten med på råd den mest krevende. Det drives i dag forskning i stort omfang på feltet, en forskning som særlig er konsentrert om å finne frem til gode hjelpemidler for legen i dette arbeidet. Øystein Eiring gjennomgår denne forskningen og belyser dens tilkortkommenhet i sin engelskspråklige gjennomgang (13). Vi vil nok se store fremskritt her, men vi må ikke komme dit at legene tror instrumenter og hjelpemidler kan erstatte den behjelpelige dialog, med en riktig dosert blanding av paternalisme og interesse for pasientens egne synspunkter og verdier. Dette er etter min vurdering det eneste av elementene i klinisk kommunikasjon som tar lenger tid når det blir gjort godt. Den tiden må vi investere. Avkastningen er at pasientene mestrer sitt liv bedre, sannsynligvis med lavere etterspørsel etter helsetjenester etterpå (14).

Det vil nok politikerne sette pris på, men vi skal ikke overselge dette argumentet. Vi skal tvert imot med en mer pasientsentrert kommunikasjon bringe omsorgen tilbake til medisinen. Med interesse for pasientens liv kommer forståelse, med forståelse kommer omsorg. De siste tiårene har omsorgsordet tilsynelatende vært forskjøvet til pleiedomenet. I politikken er det et valgkampord. Det er morsomt at Frode F. Jacobsen har tatt seg den frihet å studere hvordan ordet brukes i norske offentlige dokumenter (15). Det er nødvendig å reflektere over hvordan vi bruker ord enten det er i møter med pasienter, i politisk argumentasjon eller fagutøvelse. Dette slo meg under lesningen av Øivind Larsens personlige refleksjon om utviklingen i undervisningen av medisinstudenter de siste tiårene (16). Larsen reiser mange viktige spørsmål knyttet til legens rolle i samfunnet. Han viser at legestudiet er mer og mer pasientorientert og mindre samfunnsorientert. Likevel, budskapet må nesten letes frem i klyngen av fakta, og det er på grunn av den emosjonelle ladningen. Her er skuffelse og resignasjon. I et temanummer om kommunikasjon illustrerer denne artikkelen først hvordan følelser tilslører fakta, deretter reiser den for meg spørsmålet om samfunnsmedisinen egentlig har lyttet til hva samfunnet ønsker med leger. Kunne det være at leger i vårt spesialiserte samfunn rett og slett ikke lenger har den viktigste rollen i forebyggende helsearbeid? Kanskje er akademisk samfunnsmedisin på sotteseng uten å bli forstått?

Larsen har imidlertid rett i at kommunikasjon i Norge har fått en viktig plass i medisinstudiet. Det skulle bare mangle. Kommunikasjon er en underkjent klinisk metode, like viktig og like vanskelig som kirurgi. Vågan og Aasland konkluderer i sin kvalitative studie at det ikke lar seg gjøre å påvise noen sikker effekt når det gjelder forståelsen av kommunikasjonens plass i medisinen som følge av Oslo 96-reformen (17). Men de antyder at enkelt-

personers holdninger og erfaringer er av betydning, og at opplevd utbytte av kommunikasjonsundervisningen i studiet kan være av betydning. Altså må undervisningen være god. Men i tillegg er det behov for etterutdannelse og supervisjon i de første årene i klinisk arbeid. Det er først da legene opplever den kliniske virkeligheten og kan prøve ut nyervevede ferdigheter umiddelbart i hverdagsmedisinen. Over hele verden er etterutdanning i kommunikasjon forsømt, enda dårlig kommunikasjon er den hyppigste klagegrunnen rettet mot helsetjenesten og en erkjent bidragsyter til misforståelser og alvorlige feil (18). Da kan det være en trøst å vite at kommunikasjonskurs over et par dager virker, og at effekten er større for leger som har hatt kommunikasjonsundervisning før embedseksamen (19). Det er å håpe at de tyngste fagmiljøene i medisinen, Helsedirektoratet og helsepolitikkerne viser forståelse for pasientenes behov ved å legge en plan for systematisk utvikling av kommunikasjonsferdighetene til alle leger i klinisk arbeid i Norge, også *etter* studiet.

Litteratur

1. www.nob-ordbok.uio.no (2.9.2011)
2. Nylenna M. Medisinsk fagspråk – gradvis mer folkelig og forståelig? *Michael* 2011; 8: 370–82.
3. Nyhus A-M. Kommunikasjonssvikt og arroganse i norsk helsevesen. *Michael* 2011; 8: 388–95.
4. Hall JA, Stein TS, Roter DL, et al. Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients. *Med Care* 1999; 37: 1164-8.
5. Gulbrandsen P, Benth JS, Dahl FA, et al. Specialist physicians' sensitivity to patient affect and satisfaction. (*Med Care, accepted for publication*)
6. Fosli Jensen B, Dahl FA, Safran DG, et al. The ability of a behaviour specific questionnaire to identify poorly performing doctors. *BMJ Qual Saf* 2011; Aug 17 [Epub ahead of print] doi: 10.1136/bmjqs-2011-000021
7. Jørgensen JK. Ord og virkelighet. *Michael* 2011; 8: 383–7.
8. Rogg L, Aasland OG, Graugaard PK, et al. Direct communication, the unquestionable ideal? Oncologists' accounts of communication of bleak prognoses. *Psychooncology* 2010; 19: 1221-8.
9. Graugaard PK, Rogg L, Eide H, et al. Ways of providing the patient with a prognosis: a terminology of employed strategies based on qualitative data. *Patient Educ Couns* 2011; 83: 80-6.
10. Agle Dahl K, Wifstad Å, Førde R, et al. Courteous but not curious: How doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *J Med Ethics* 2011; May 24 [Epub ahead of print] doi: 10.1136/jme.2010.041988.

11. Kurtz S, Silverman J, Benson J, et al. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003; 78: 802-9.
12. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Educ Couns* 2005; 58: 4-12.
13. Eiring Ø. Decision aids – ideals and dilemmas of user involvement. *Michael* 2011; 8: 357-69.
14. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me. London: The King's fund, 2011.
15. Jacobsen FF. Kan omsorgen stå alene? Omsorgsbegrepet i tre stortingsmeldinger. *Michael* 2011; 8: 344-56.
16. Larsen Ø. The winds from Maastricht. Some personal reflections on teaching medicine at the University of Oslo. *Michael* 2011; 8: 329-43.
17. Vågan A, Aasland OG. Legesentrert og pasientsentrert klinisk kommunikasjon blant leger utdannet før og etter Oslo96-reformen. *Michael* 2011; 8: 317-28.
18. Kohn LT, Donaldson CJ, red. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
19. Fosli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, et al. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital physicians: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns* 2011; 84: 163-9.

Pål Gulbrandsen
Universitetet i Oslo / Akershus universitetssykehus
Postboks 95
1478 Lørenskog
pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Legesentrert og pasientsentrert klinisk kommunikasjon blant leger utdannet før og etter Oslo96-reformen

Michael 2011;8: 317–28

Universitetet i Oslo innførte i 1996 en ny studiemodell ved sin medisinstudium (Oslo96) hvor blant annet klinisk kommunikasjonsundervisning står sentralt. Tidligere evalueringer av selvrappporterte kommunikasjonsferdigheter viser ingen signifikante forskjeller mellom leger uteksaminert fra ny og gammel studiemodell. Denne undersøkelsen er basert på intervju med ti leger fra gammel studiemodell og ti leger fra ny studiemodell hvor vi ønsket å belyse legenes forståelse av klinisk kommunikasjon. De fleste legene fra begge studiemodeller formidlet en pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon, mens noen leger formidlet en legesentrert forståelse av kommunikasjon. Forskjellene mellom disse gruppene handler mer om enkeltpersoners holdninger, oppfatninger og erfaringer med kommunikasjonsundervisningen, enn hvilken studiemodell de fulgte. Kommunikasjonsundervisningen for leger utdannet både før og etter Oslo96 ser ut til å ha betydning for hvordan man oppfatter og forstår klinisk kommunikasjon etter flere år i arbeidslivet. En viktig forutsetning synes å være opplevd utbytte av kommunikasjonsundervisningen i medisinstudiet.

I 1996 innførte Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo en ny studiemodell kjent som Oslo96. Den gamle studiemodellen som delte inn studiet i en preklinisk og en klinisk fase, ble erstattet av en såkalt fagintegreert modell, med økt studentaktivitet og mer faglig integrering, pasientkontakt og pasientkommunikasjon (1). Målsetningen var at studenter i større grad skulle aktiveres og ta ansvar for egen læring og at fagintegrasjon både skulle jevne ut skillet mellom basalfag og klinikk og gi mer og tidligere pasientkontakt. Pasientkontakt og pasientkommunikasjon skulle undervises igjennom hele medisinstudiet, ikke bare i en forholdsvis kort periode. De første «reformstudentene» ble uteksaminert i 2002. En evaluering av langtidsef-

fekter av studiemodellene ble igangsatt av fakultetet i 2003 (2) og vår artikkel inngår som en del av dette evalueringsarbeidet.

En antagelse som ble fremsatt før evalueringen, var at studentene i ny ordning vil mestre pasientkommunikasjon bedre enn studentene i gammel ordning (2). En undersøkelse basert på kvantitative data fra leger som ble uteksaminert før og etter Oslo96, og som noen år tidligere hadde fullført turnustjeneste, viste imidlertid ingen studiemodelleffekt på selvrapportert ferdighetsnivå i kommunikasjon (3). Dette er i tråd med tidligere undersøkelser som viser at selv om studenter fra integrerte studiemodeller (Oslo, Tromsø og Trondheim) rapporterte et høyere ferdighetsnivå enn studenter fra Universitet i Bergen (4), ble slike forskjeller utvisket i løpet av turnustiden (5, 6).

En årsak til dette kan være at leger har forskjellige oppfatninger av begrepene kommunikasjonskompetanse og klinisk kommunikasjon. Kvalitative undersøkelser (7, 8) har vist at studenter som har hatt mye kommunikasjonsundervisning i større grad formidler en pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon, med vekt på pasienttilfredshet, etterlevelse og helse. Studenter fra en tradisjonell studiemodell uten kommunikasjonstrening, er mer opptatt av å kunne ta opp en god biomedisinsk sykehistorie samt å gi pasienter og andre relevant informasjon. De reflekterer i mindre grad over hvordan kommunikasjon mellom lege og pasient kan påvirke tilfredshet, etterlevelse og helse, og forankrer oftere egne kommunikasjonsferdigheter i personlige egenskaper.

Manglende forskjeller i oppgitt ferdighetsnivå kan altså tildekke ulik forståelse av hva klinisk kommunikasjon er. Vi ønsket derfor å se på hvordan leger uteksaminert før og etter Oslo96 begrepsfestet klinisk kommunikasjon. For å belyse dette ble det gjennomført intervju, noe også tidligere undersøkelser har benyttet seg av (7, 8).

Vi skiller i vår analyse mellom pasientsentrert og legesentrert forståelse av klinisk kommunikasjon. Selv om disse begrepene ikke er teoretisk eller empirisk entydige, er de basert på dimensjoner som finnes i sentral litteratur og som var og er sentrale i kommunikasjonsundervisningen før og etter Oslo96 (9-13).

En dimensjon ved pasientsentrert kommunikasjon handler om viktigheten av å få frem pasientens eget perspektiv på egne problemer (i tillegg til biomedisinsk informasjon). Det betyr informasjon om pasientens tanker og ideer om årsaken til ulike problemer, bekymringer knyttet til hva symptomer kan innebære og hvordan sykdom kan påvirke hverdagen, og forventninger til hva legen kan gjøre for å løse problemene. Legesentrert kommunikasjon er mer rettet mot å få frem og forstå relevant biomedisinsk

informasjon. Informasjon om pasienters egne tanker og ideer er ikke irrelevant, men anses ikke som en del av forståelsen og praktiseringen av klinisk kommunikasjon.

En annen dimensjon ved pasientsentrert kommunikasjon handler om at lege og pasient søker å komme frem til en felles forståelse av pasientens problem og av en behandling som er i tråd med pasientens verdier. Dette innebærer at man i større grad gir rom for og oppmuntrer pasienten til å formidle egne behov og preferanser. Ifølge Byrne & Long (9), som introduserte denne dimensjonen, skiller pasientsentrert kommunikasjon seg fra legesentrert kommunikasjon blant annet ved at førstnevnte i mindre grad vektlegger kontroll og styring av kommunikasjon (ved for eksempel å stille direkte og lukkede spørsmål). Den vektlegger også i større grad involvering av pasienten i diskusjonen om behandlingen.

En tredje dimensjon ved pasientsentrert kommunikasjon er selve relasjonen mellom lege og pasient. I pasientsentrert medisin og kommunikasjon spiller relasjonelle aspekt en viktig rolle, både for å kunne få god kontakt med pasienten, gjøre at pasienten føler seg sett og hørt, for å etablere tillit, for å kunne utføre andre oppgaver (for eksempel samle relevant informasjon), men også fordi det i seg selv kan ha positiv terapeutisk effekt.

Kommunikasjonsundervisning

Legene som begynte på medisinutdanningen ett eller to år før omleggingen i 1996, hadde sin kommunikasjonsundervisning i 8. termin; siste termin i 1. avdeling, og i 9. og 10. termin, og besto av forelesninger og gruppebasert undervisning. Formålet var med utgangspunkt i lege- pasientforholdet å gi teoretisk informasjon og praktisk trening i kommunikasjonsferdigheter. Forelesningene handlet i hovedsak om kjennetegn ved god klinisk kommunikasjon og om effekten av kommunikasjon på pasienttilfredshet, etterlevelse og helse. I gruppeundervisningen ble det i 8. termin gjort bruk av rollespill, og studentene hadde en hel uke med kommunikasjonsundervisning på sykehus. Denne undervisningen besto av demonstrasjoner hvor studenter observerte kommunikasjon mellom lege/lærer og pasient. Studenter intervjuet også pasienter selv etterfulgt av tilbakemeldinger og diskusjon. Omtrent halvparten av undervisningen foregikk i 8. termin. Undervisningen i 9. og 10. termin foregikk også på sykehus og besto av intervjutrening med innlagte pasienter og diskusjon i etterkant. Undervisningen hadde et samlet omfang på 42 timer; 3 timer hver gang av i alt 14 med samme lærer. Forelesninger kom i tillegg til dette (Arnstein Finset, personlig meddelelse).

I forbindelse med Oslo96 ble undervisningen betydelig omlagt. I den nye modellen begynner kommunikasjonsundervisningen allerede i starten

av studiet (1. og 2. semester) og fortsetter gjennom hele studiet. Dette er ment å skulle legge til rette for progresjon i vanskelighetsgrad, og i økende grad gi tilbakemelding til studentene i forbindelse med flere kliniske fag (9). I 1. semester består undervisningen av forelesninger, kommunikasjonskurs/seminarer med bruk av rollespill og video og pasientkontakt hvor studenter øver på noen kommunikasjonsferdigheter med pasienter på legekontor. I 2.semester har studentene 1-2 møter og samtaler med pasienter med kronisk sykdom. Hensikten med denne tidlige undervisningen er at studentene skal begynne å utvikle grunnferdigheter i kommunikasjon med pasienter, samt utvikle sentrale kunnskaper og holdninger til kommunikasjon og pasientorientert klinisk virksomhet. 4. semesters undervisning består av forelesning og kommunikasjonstreningssesjoner i smågrupper hvor studentene intervjuer en pasient én gang og får tilbakemeldinger. Her er det sentralt å fange opp og forholde seg til pasienters følelser og følelsesmessige uttrykk. I 5. og 6. semester får studentene praktisk trening i mer avanserte kommunikasjonsferdigheter hvor tilbakemeldinger til studenter fra lærere og andre studenter utgjør en sentral del. Treningen er rettet inn mot kliniske temaer og er integrert med annen klinisk ferdighetstrening. I 11. og 12. semester gis det praktiske øvelser (i grupper) i hvordan dårlige nyheter kan formidles til pasienter. Undervisningen gir studentene praktisk trening i å håndtere vanskelig klinisk kommunikasjon med simulerte pasienter (skuespillere). Undervisningen har et samlet omfang på 57 timer (14). Etter reformen har kommunikasjonsundervisningen vært, og er ennå, under kontinuerlig evaluering. Flere forbedringstiltak er satt i verk i de senere år.

Materiale og metode

381 leger som hadde fullført gammel og ny studieordning ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, og som begynte studiet i 1994/1995 og i 1997/1998, ble kontaktet pr. post med prosjektinformasjon og forespørsel om deltakelse og informert samtykke. 37 leger sa seg i utgangspunktet villige til å delta, under forutsetning av at intervjuet ble foretatt på deres arbeidssted. Blant annet fordi legenes arbeidssted var svært spredte geografisk, ble antall intervju begrenset til 27. Ti av disse 27 intervjuene ble gjort med leger fra ny studiemodell og 17 ble gjort med leger fra gammel studiemodell. For å ha likt antall intervjuer med leger fra begge studiemodeller ble ti intervju med leger fra gammel modell tilfeldig utvalgt. Artikkelen er altså basert på 20 intervjuer, hvorav ti med leger utdannet før Oslo96 og ti med leger utdannet etter. Intervjuene foregikk på legenes arbeidssted, med unntak av to hjemmeintervju. Intervjuguiden besto av spørsmål om utdannings-, og arbeidserfaringer gjort etter grunnutdanning, innhold og grad

av pasientkontakt i nåværende arbeid, egen pasientkommunikasjon, klinisk kommunikasjon generelt og tilfredshet med kommunikasjonsundervisning på medisinstudiet.

Intervjuene varte fra 45 til 60 minutter og ble tatt opp på lydfil, med påfølgende transkribering og analyse. En tilpasset kvalitativ temaanalyse, slik den er beskrevet av Braun & Clarke (15), ble brukt som analysemetode. Alle 20 leger leste gjennom bearbeidelsen av sine intervjuer og bekreftet at de kjente seg igjen i analysen. Alle navn som er oppgitt i resultatene er fiktive, men kjønn og arbeidssituasjon er ikke endret.

Resultater

Pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon

De fleste av legene, både fra før og etter Oslo96 (14 av 20, hvorav åtte fra ny og seks fra gammel studiemodell), formidlet en pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon. For eksempel vektla de ulike sider ved pasientperspektivet samtidig som de viste til spesifikke kommunikasjonsferdigheter for å samle inn slik informasjon.

Kari (etter96), som er under spesialisering i allmennmedisin, sa for eksempel at å kunne strukturere en konsultasjon i faser er viktig for å være effektiv og for å få frem god og relevant informasjon.

«Å la pasienten prate så og så lenge alene først, ikke sant, før du avbryter. Det er god tidsbruk, selv om det føles ineffektivt å sitte og høre på pasienten prate uten å avbryte. Du får bedre informasjon, så du heller tjener tid på det.»

Unni (før96), spesialist i allmennmedisin, viste også til viktigheten av å stille åpne spørsmål innledningsvis for å få mest mulig informasjon om pasientens problem og bekymringer:

«Jeg er opptatt av å finne ut hva bekymringene til pasienten er når de kommer til meg. Det trenger ikke å være en diagnose de kommer med heller. Det kan være en bekymring for et eller annet. Med bare å fortelle litt om hvordan kroppen fungerer er nok til å berolige folk. Da kan jeg på en måte hjelpe folk med en gang. I stedet for at man aldri kommer frem til bekymringen før det har gått 5 konsultasjoner.»

Lise (etter96), stipendiat med erfaring fra allmennpraksis, understreket betydningen av å forstå pasientens problem, men også å kunne komme til en enighet og en felles forståelse av aktuell behandling:

«Det er viktig at du klarer å fange opp hva de er urolig for eller hva de tenker på. Det kan ofte være noe helt annet enn det du er urolig for. De kan jo ha veldig andre oppfatninger av ting... Det hjelper de hvis du fanger det opp. At du ikke bare kjører ditt legeståsted, og så er de like kloke når de går derfra. «Legen sa jeg skulle gjøre det, men jeg vet ikke hvorfor». Da har du ikke klart å integrere pasientperspektivet.»

Flere understreket betydningen av relasjonelle og terapeutiske sider ved pasientkommunikasjonen og pasientbehandling, både for å få tilfredse pasienter, etablere tillit, få pasienten til å føle seg hørt, trygg og ivaretatt, men også som et mål i seg selv for å bidra til bedre helse.

Tore (etter96), under spesialisering i generell kirurgi, sa at han har fått flere tilbakemeldinger fra tilfredse pasienter han har møtt på poliklinikk, visitt og i mottak. Som noen pasienter skal ha sagt:

«Endelig er det noen som har tatt seg tid til å sette seg ned og prate med dem og høre. Pasientene formidler at de blir tatt seriøst ... Og det med at de føler seg trygge og ivaretatt. Det har jeg fått høre fra flere. Og det er kanskje litt det at man lytter med empatiske ører, at man prøver å få med seg hvorfor pasienten er der og deres bekymringer... Uten at man har gjort noe som helst annet enn å snakke med en pasient, så føler de seg mye bedre. Selv om de har en alvorlig sykdom.»

Relasjonelle aspekter kom også til uttrykk i beskrivelser av den overordnende hensikten med klinisk kommunikasjon. Tone (før96), under spesialisering i psykiatri og allmenntmedisin, fremhevet tillitsetablering som grunnleggende:

«Det viktigste er egentlig at du bygger tillit da, at de (pasientene) tør å tømme seg til meg. De sitter jo ofte med veldig mange problemer som er vanskelig å snakke om... I det du ikke har tillit så får du heller ikke vite det du trenger å vite for å hjelpe pasienten.»

Legesentrert forståelse av klinisk kommunikasjon

Noen leger (seks av 20, hvorav fire fra gammel og to fra ny studiemodell) formidlet en mer legesentrert forståelse av klinisk kommunikasjon. Det biomedisinske perspektivet var mest fremtredende i beskrivelsene av formålet med klinisk kommunikasjon. Oppmerksomheten i pasientkommunikasjonen var i stor grad rettet mot somatiske tegn og symptomer. Det viktigste formålet var å samle informasjon for å få et klart mulig hendelsesforløp til de problemene pasienten presenterer, hvor ofte plagene hadde

vært tilstede, hvor intense plagene var, når plagene først oppsto, i hvilke sammenhenger plagene oppsto, og så videre (13). Klinisk kommunikasjon ble primært formidlet som måter å få relevant biomedisinsk informasjon og måter å gi informasjon på en mest mulig forståelig måte. Disse legene snakket også i mindre grad om spesifikke kommunikasjonsferdigheter og hensikten med disse.

Den legesentrerte forståelsen eksemplifiseres av Lisbeth (før96), under allmennmedisinsk spesialisering, som beskrev forløpet i en vanlig konsultasjon. Hun sa hun alltid begynner dagen med å forberede seg for hver pasient ved å lese journal, gjøre seg kjent med sykehistorien, gå gjennom medisinske og laboratorieundersøkelser. Så tar hun:

«... utgangspunkt i stikkordene som står i timeboken. Jeg føler jeg gjør mye av arbeidet der, ved å forberede meg godt. Jeg hilser på pasienten, hun/han setter seg ned, får henge av seg, så sier jeg kanskje noe om at «Ja, det står noen ord om det.» Så prøver jeg å styre samtalen... Ut i fra symptom så har jeg jo mange spørsmål ofte ... Jeg styrer nok mye.»

Are (etter96) som er under generell indremedisinsk spesialisering ga en lignende beskrivelse av et vanlig forløp i en poliklinisk konsultasjon med en pasient med brystmerter:

«Man lar pasienten snakke åpent først, og fortelle hva som er problemet. Og det er jo litt forskjellig da hvor lenge man lar pasienten snakke. Man må jo ofte spørre mye underveis. Så da har man en sånn smørbrøddliste i hodet som man går gjennom da av ting i forhold til brystmerter; av smertens karakter, hvor lenge de har vært, når de begynte, hvor ofte, og alt sånn der, hvilke andre plager kommer samtidig, og risikofaktorer da, overvekt, røyking, og så videre...»

Legenes beskrivelser tyder altså på at pasientperspektivet og forhandlingsaspektet i liten grad er integrert i kommunikasjonsbegrepet. Dette kom for eksempel til uttrykk gjennom redegjørelser for hva legene la i pasientperspektivet, og på hvilken måte dette gjorde seg gjeldende. Lisbeths oppfatning av pasientperspektivet ble knyttet til det å spørre pasienten hvorfor han eller hun har kommet til legen:

«Jeg spør ofte «hvorfor kommer du?» Skjønner du hva jeg mener? Eller «hva ønsker du?» Det spør jeg om relativt ofte, tror jeg. Jeg prøver på en eller annen måte og få en oppfatning av hvorfor de kommer. I det ligger jo også å få bli hørt om bekymringer da.»

Marianne (etter96), under spesialisering i gynekologi, formidlet en annen forståelse av pasientperspektivet. For henne handlet pasientperspektivet mer om viktige psykososiale aspekt som hun må ta med i betraktning i forhold til spesifikke pasientgrupper enn som en del av kommunikasjonsbegrepet:

«Ja, det er klart at det psykososiale er jo veldig viktig for oss også, særlig når vi står ovenfor problemstillinger hvor vi ikke helt finner noe klar årsak. Vi har jo kronikere, magesmerter eller sårne ting. Eller dette med fødsler igjen da... Vi må også ta hensyn til barnet, så er vi jo obs på sosiale ting, rusmisbruk. Om hun er i stand til å ta seg av et barn. Så vil vi jo alltid ha antenner ute for sårne ting da, og prøve å nøste opp i det.»

Morten (før96), under spesialisering i nevrologi sa han alltid er opptatt av pasientperspektivet. Hans oppfatning av perspektivet var i midlertidig knyttet til det å kunne forholde seg til pasienter i eksistensielle kriser:

«Fordi det handler om at nevrologiske symptomer ofte blir starten på eksistensielle kriser. Hvis du får et slag da. Og halve siden din er lammet. Det er jo en helt ny verden... Det handler om veldig mye mer enn sykdom i nevrologien da.»

Legene med en legesentrert forståelse er ganske like når det gjelder hensikten med god klinisk kommunikasjon. Et eksempel er Arne (før96) som er under spesialisering i lungemedisin. Klinisk kommunikasjon forsto han primært som et verktøy for overføring av informasjon fra lege til pasient:

«Så for meg så er det et verktøy. For å få informasjon som jeg har klart i mitt hode inn i en forståelig form inn i pasientens hode. Om det er det som står i boken, om det er definisjon på klinisk kommunikasjon, det vet jeg ikke. Men det er det jeg tenker om det, som et verktøy.»

Marianne (etter96) vektla også det å kunne få presis informasjon som viktig i sin forståelse av hensikten med klinisk pasientkommunikasjon:

«Det er jo helt avgjørende for å vite hva som feiler pasienten... Men det er ikke sikkert du finner ut av hva som plager pasienten. Det kan være plager som ikke synes. Så det er helt avgjørende og nøste opp i det, og finne presist, for eksempel en pasient som har vondt i magen, og finne ut presist hvor, hvordan er det vondt, når kommer det og så videre. Og da er man jo helt avhengig av kommunikasjon med pasienten.»

Vurderinger av kommunikasjonsundervisningen

Felles for leger med en pasientsentrert forståelse av klinisk kommunikasjon, er at de på ulike måter fattet interesse for og mente at de hadde utbytte av kommunikasjonsundervisningen i medisinstudiet. For eksempel erkjente de at evnen til å kommunisere må oppøves gjennom trening. Kommunikasjonsferdigheter er ikke noe man automatisk har i kraft av å være faglig dyktig eller å ha visse personlige egenskaper. Undervisningen gjorde dem mer oppmerksomme på betydningen av kommunikasjon for legerollen, og enkelte mente at treningen hadde vært viktig i forberedelsen til egen legerolle. Undervisningen ga «verktøy til å møte de ulike situasjonene» (som en lege sa). Likevel var de fleste også kritiske til enkelte sider ved kommunikasjonsundervisningen.

Tilsvarende er fellesnevneren blant «de legesentrerte» legene, at de hadde et svært begrenset utbytte av undervisningen. Dette ble hovedsakelig begrunnet i synspunkter på – og erfaringer med – kommunikasjonsundervisningen og kommunikasjonsfaget. Noen var uenige i måten undervisningen var lagt opp på. En lege mente hun lærte mest og best gjennom å få egne erfaringer som lege, samt det å kunne observere og snakke med andre om klinisk kommunikasjon. Hun mente at undervisningen i for liten grad ble knyttet til reelle kliniske situasjoner og til den øvrige kliniske undervisningen. En annen oppfatning formidlet av en annen lege var at kommunikasjonsfaget, mer enn selve undervisningen, ble sett på som lite konkret. Som han formulerte seg: «Medisinstudenter foretrekker nok konkret fagkunnskap som man kan lese seg til og således kan dette gjøre faget klinisk kommunikasjon mindre lystbetont.» Alle legene understreket samtidig viktigheten av klinisk kommunikasjon for godt legearbeid, og nødvendigheten av at kommunikasjonsundervisning var inkludert i medisinnutdanningen.

Diskusjon

Som nevnt konkluderte en tidligere undersøkelse med at det ikke var grunnlag for å identifisere en egen Oslo96-effekt på legers selvrapporterte ferdighetsnivå i kommunikasjon (3). Alle legene skåret gjennomgående høyt for alle disse ferdighetene. Heller ikke gjennom disse intervjuene finner vi tegn til en slik forskjell i legenes kommunikasjonsforståelse. Dette er i tråd med tidligere studier. Det er for eksempel vist at forskjeller i holdninger til det å lære seg kommunikasjonsferdigheter blant studenter fra integrert modell (Oslo96) og tradisjonell modell (Bergen) er små (11). Denne undersøkelsen peker dessuten på at den enkelte leges holdninger, synspunkter og erfaringer med kommunikasjonsundervisningen på medisinstudiet, kan være en viktig faktor for hvordan man oppfatter og forstår klinisk kommunikasjon

etter flere år i arbeidslivet. Vi har i midlertidig ikke nok data til å belyse samspillet mellom holdninger og erfaringer.

Vi understreker at det er kommunikasjonsbegrepet som er tema i intervjuundersøkelsen. For eksempel uttrykte også de «legesentrerte» legene at det var viktig å møte pasienter som medmennesker, vise forståelse og respekt for pasientens behov, situasjon og følelsesmessige reaksjoner. Disse kan selv sagt også i det daglige arbeidet være like «pasientsentrerte», effektive og ivaretaende som andre leger. Men intervjuene tyder på at disse aspektene ved kommunikasjon og pasientkontakt ble definert som å handle om «sunn fornuft» eller «menneskelige egenskaper» (som noen formulerte det), og ikke som en integrert del av kommunikasjonsbegrepet. Tilsvarende understreket de «pasientsenterte» legene også avstanden mellom hvordan de forstår kommunikasjon, og hvorvidt de konkret i det daglige kliniske arbeidet ivaretar viktige aspekt ved denne forståelsen. Undersøkelser peker riktignok på at måten leger kommuniserer med pasienter på ofte korrelerer med generelle holdninger til pasientsentrert medisin, biopsykososiale perspektiv og empati (16), men vi har foreløpig ikke data som kan vurdere slike sammenhenger.

En svakhet ved å bruke kvalitative intervju som den eneste forskningsmetoden er altså at den gir begrenset informasjon om legenes atferd i pasientkontakt. Legenes utsagn om egen klinisk pasientkommunikasjon og kommunikasjonsundervisning kan gi et skjevt bilde av egen atferd, både fordi utsagnene filtreres av den enkeltes evne til å huske detaljer fra tidligere hendelser, men også fordi de preges av den enkelte leges syn og perspektiv på klinisk kommunikasjon.

Samtidig var det nettopp legenes perspektiv på klinisk kommunikasjon vi ville belyse. Selv om denne undersøkelsen er basert på et lite utvalg leger fra én medisinutdanning, tar den opp spørsmål som i liten grad er undersøkt. Den utgjør også et viktig supplement til de kvantitative studiene av kommunikasjonsferdigheter som allerede er gjennomført (3), og som vil bli fulgt opp i nye spørreskjemaundersøkelser. Intervjuene viser at de spørsmålene som hittil er benyttet i spørreskjemaene bør suppleres med nye spørsmål om forskjellen mellom pasientsentrert og legesentrert kommunikasjon.

Litteratur

1. Larsen Ø. *Legestudent i hovedstaden*. Oslo: Gyldendal 2002.
2. Wiers-Jenssen J. Skaper ulike studieordninger ulike leger? *NIFU skriftserie* 2004;2.
3. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Har Oslo96-reformen hatt betydning for legers oppdatering og ferdighetsnivå? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127:2100-4.
4. Gude T, Bærheim A, Holen A, Anvik T, Finset A, Grimstad H et.al. Comparing self-reported communication skills of medical students in traditional and integrated curricula: A nationwide study. *Patient Educ and Couns* 2005;58:271-8.
5. Falck G, Brattebø G, Brichmann-Hansen A, Ebbing M. Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter turnustjenesten i distrikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:2265-7.
6. Falck G. Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter ny og gammel studieordning i Trondheim. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:2268-73.
7. Watmough S, Garden A, Taylor D. Does a new integrated PBL curriculum with specific communication classes produce Pre Registration Officers (PRHOs) with improved communication skills? *Med Educ* 2006;28:264-9.
8. Willis S, Jones A, O'Neill PA. Can undergraduate education have an effect on the ways in which pre-registration house officers conceptualise communication? *Med Educ* 2003;37:603-8.
9. Byrne P, Long B. *Doctors talking to patients*. London: HMSO 1976.
10. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks: SAGE 1995.
11. Mead N, Bower P. Patient-centered medicine: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
12. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL et. al. Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005;61:1516-28.
13. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing 2005.
14. Gude T, Anvik T, Bærheim A, Fasmer OB, Gude T, Hjortdahl P et.al. Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:2277-80.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101.
16. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995;10:375-79.

André Vågan
Senter for profesjonsstudier
Høgskolen i Oslo
Pb 4 St. Olavs plass
0130 Oslo
E-post: Andre.Vagan@bio.no

Olaf Gjerløw Aasland
Legeforeningens forskningsinstitutt
Pb. 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet, UiO
Epost: Olaf.Aasland@legeforeningen.no

The winds from Maastricht

Some personal reflections on teaching medicine at the University of Oslo¹

Michael 2011;8: 329–43.

When looking into the history of medical teaching at the University of Oslo, it is quite clear that it has steadily been subjected to modernisation and upgrading according to international standards. This must be highly appreciated. However, as such, it is not so clear to what extent the University has had the upper hand in this development. External forces have exerted a strong influence.

In the theory/practice balance, practice has won. Evidence-based medicine provides a good foundation for medicine, although other forms of knowledge have been pushed more into the background. The focus on the individual patient is good for medical work in consultations and hospitals, but has contributed to leaving, e.g. many public health issues to professions outside of medicine. It seems that the influence by the medical faculty staff itself on its own medical teaching, at least in Oslo, has to a certain degree been blown away by the winds from Maastricht.

During the last half of the 20th century medical teaching at several universities was put under pressure. This pressure for change came from both health authorities and bodies representing the medical profession, as well as internally from within the medical faculties. Parts of the teaching staff were in accordance with students who felt some of the teaching was old-fashioned. An important common denominator was the quest for making the curriculum more practice-oriented and directed towards problem-solving in day-to-day medicine. These practice-versus-theory discussions were in no way new, but by now they started to appear with a greater intensity.

¹ Revised version of a paper presented at the University History Conference, Humboldt University, Berlin, November 2010 and at the 23. Nordic conference for medical history in Oslo in May 2011.

At the same time, the base of knowledge regarded as essential for good medical practice was ever increasing. One of the contributing factors was that new information technology had made medical literature increasingly accessible to everyone, leaving no excuse for not consulting papers written by experts.

So-called *evidence-based medicine* became the standard when medical procedures were to be implemented. In a way, the entire knowledge base for medical work was gradually redefined. Hard facts from what was perceived as *evidence*, which was collected by means of, e.g. controlled clinical trials, came to the forefront.

In Norway, the scope of medicine has traditionally been quite wide. Leaning towards the principles of 18th century state medicine, medical teaching at the new medical faculty, which opened in 1814, had hygiene and social responsibility as integrated parts. So also was the build-up of health services. Prevention, cure and care went hand in hand. Admittedly, this framing of medical work was a necessity in times of epidemics, class differences and poverty. However, these basic principles are valid to this day, despite a tilt towards curative work.

When medical teaching was to be revised in the latter part of the 20th century, ideas from Maastricht University in the Netherlands met the criticism, which reflected local argumentation in many places, and became widely popular. The Maastricht principles were implemented at several universities, among them the University of Oslo, where a new curriculum was put into force in 1996, following a long period of preparation.

This reform, named «Oslo – 96», based on the Maastricht ideas, remains to be discussed in relation to four dimensions: 1) theory versus practice, 2) evidence versus other types of knowledge, 3) the patient versus society balance and 4) who really decides what the curriculum should be like.²

What have the reforms since the 1980's done to the knowledge and skills of the doctor, to the knowledge basis which is perceived as necessary, to the role of the doctor, and to the freedom of a faculty in tailoring its teaching?

2 This paper is called «personal reflections», as to a great extent it leans on the author's personal experiences as a member of the medical teaching staff at the University of Oslo since 1964, with a one-year break at the University of Tromsø in 1976-77, and as a part time teacher at NTNU, the University of Trondheim.

The case of Oslo – what was new?

The teaching principles in the Oslo – 96 curriculum are centred on *problem-based learning*.³ As a basic teaching procedure, groups of students are given a medical problem which they were supposed to shed light on or solve within a week, supported by literature, internet information and other sources.⁴

The number of traditional lectures is cut to a minimum, which means that selecting priorities for the formal teaching has become a tough process.

In a university history setting, these changes give reason for reflections. In the curriculum, increasing requirements for knowledge were met by reducing the amount of teaching. By strongly focusing on singular problems, the training in long-sighted thinking and general principles simply had to be weakened.

However, during this transformation of teaching, contents and methods had been set to a considerable degree by forces outside the university proper. In particular, the needs of the health authorities, the demands by the profession and the preferences of the students should be mentioned. Ties to academic ideals were loosened. Thus, the study of medicine, at least as it has developed at the University of Oslo, poses an interesting question about what the balance should be between vocational, hands-on training and academic reflection at a university.

The changes also represent international trends in medical practice, in both the inside and outside perception of what a medical doctor should be and of what medical science is really comprised of. The changes additionally reflect cultural factors such as general anti-authoritarian waves and increased attention to health care and well-being. These issues are important because they pose the unpleasant question about who really decides how a medical faculty should work.

Although murmurs about content and scope in medical teaching, e.g. in Norway, had been heard for more than a century, the late 1960s and the 1970s became a sort of a watershed – not least because of what happened when Maastricht University in the Netherlands attained a special position in our development.⁵ In a way, the winds from Maastricht came as a sort of culmination, and set the stage for the decades to come.

3 In addition to other teaching commitments, the author has also worked as a PBL teacher in Oslo since 1996, supervising groups in the first semester.

4 A detailed overview of the curriculum can be found in the so-called semester books, which are issued on paper and on the Faculty's homepages in updated versions, see www.uio.no.

5 Many of the issues addressed here are covered in more detail in Larsen Ø. *Legestudent i hovedstaden – medisin på stadig nye måter*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.

An old story

In 1899, a quite spectacular book was published in the Norwegian capital of Kristiania (Oslo). It dealt with the University, the only one in Norway, which also had the only medical school in the country. The author was a young physician, Johan Scharffenberg⁶ (1869-1965), who had graduated as a medical doctor in 1897. His book was entitled *Reform af den medicinske Undervisning* (translated to mean *Reform of the medical teaching*). Admittedly, the text by Scharffenberg mostly reads as a heavy criticism of the medical teachers as persons, especially one of the surgeons, more than a contribution to the design of a new curriculum.⁷ But it reflected prevailing frustrations about the training of doctors. The setup of the medical teaching was a permanent issue for discussion in medical circles at the turn of the 19th century.⁸

What was the struggle about? When the new Norwegian University was founded in 1811, its clear objective was to build up a national academic elite: priests, lawyers and physicians. From 1814 onwards, Norway was to

6 On Scharffenberg, see e.g. *Norsk Biografisk Leksikon* (NBL) for more information and references to biographies. In the in-depth biography by Søbye E. *En mann fra forgangne århundrer, overlege Johan Scharffenbergs liv og virke 1869-1965 – En arkivstudie*. Oslo: Forlaget Oktober, 2010, the author documents that there were also other aspects in this case. Maybe the behaviour of some faculty teachers was simply unacceptable by any standards, but on the other hand, the tension between the academic approach to medicine and the needs of the grassroots practitioner were strong at the time, and were also part of the process leading to the founding of the Norwegian Medical Association in 1886 as a counterweight to the faculty and the old Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab). See e.g. Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986.

7 During his long life, Johan Scharffenberg became an influential person in Norwegian culture and society, and his brilliant pen was already evident in the 1899 book. This book had the author himself as the publisher (*Reform af den medicinske Undervisning*. Kristiania: Forfatterens forlag, 1899. 151 pp). The subtitle is remarkable: *Vore lærere, især professor dr. med. J. Nicolaysen*. And there is a citation from Voltaire on the title page: *Écrasez l'infâme*. The book is written from a strong anti-authoritarian perspective and is filled with invective. The author hit from all directions, but his main target was the famous surgeon Julius Nicolaysen (1831-1909). About the book, see: Selman FT. «*Thi jo mindre der fordres, des mindre vindes*» – *Johan Scharffenberg og striden om den medisinske undervisningen ved Det kongelige Frederiks universitet i Kristiania*.: Forum for universitetshistorie, Unipub, Oslo 2002 (MA thesis). The book cost Scharffenberg his academic career. He was qualified in medical history, but his application for a vacant position had been turned down – not by the faculty, which he had offended so seriously, but by the senate of the University.

8 See e.g. the proceedings from The Norwegian Medical Society from this period, printed in *Norsk Magazin for Lægevidenskab*. Internationally, there was also a need for a closer look into how medical teaching was set up in different societies. The Carnegie Foundation funded comprehensive investigations into this field, and reports authored by Abraham Flexner were issued in 1910 (on the US and Canada), in 1912 (on Europe). Flexner also published comparative university studies in 1925 and 1930.

operate as an independent country, despite the looser link to Sweden that replaced the close ties to Denmark. On the one hand, by being Norwegian and being trained in Norway, the new elite should also contribute to the build-up of a national identity, which was to take place when they filled positions in the local society. The physicians who were trained in increasing numbers should still work in the few hospitals. Moreover, many of them should practice in the districts, which was a really tough job that also included substantial requirements for practical skills and a broad understanding of the local culture.

The curriculum, or more correctly, the teaching which was offered at the outset by the new University, was more or less a blueprint of the teaching at the Royal Surgical Academy in Copenhagen, founded in 1785. As such, it was a compromise between theory and practice. Before surgical academies were established in Vienna and Copenhagen during this year, surgery was a handicraft⁹, holding the training traditions of a handicraft, while medicine was a university discipline.

However, 18th century society needed academically trained surgeons for daily practice, and the physicians needed hands-on skills in order to cope with the medical demands. On the other hand, medicine as a science still needed new recruits, and the setup of the still diminutive health services and the fight against ravaging diseases required broad insights into society.

Hence, a conflict which has lasted ever since deals with the balance between theory and practice. In medical school, how much of the teaching should be theory, background topics and academic in-depth reflection? And how much should be training for the working day among the patients? And lastly, who should be the main target, the sick patients or the healthy population? The book by Scharffenberg represented a preliminary climax in Norway in relation to these controversies, although the discussions continued.

The Maastricht model – an international climax three generations later

Here, we have given Maastricht University a special place in the development, both internationally in general and for Oslo in particular. The Limburg region of the Netherlands, where the city of Maastricht lies, is a former mining district. Here, new activities had to be set up when the industry declined in the latter half of the 20th century. Rallying for a new medical

⁹ The young surgeons were traditionally trained by older surgeons. In Copenhagen, a vocational school for surgeons had been opened 1736, but was still not enough to fill the need for competence.

school to meet the demand at the time for medical students was one of the efforts launched.¹⁰

However, over the course of the preparation process for the new medical school, the shortages in medical teaching capacity gradually became less appalling. In order to maintain the upper hand in its competition for students, the university launched a medical curriculum in 1974, even before the legal basis for it had been settled. The formalities were in place in 1975, and Maastricht University¹¹ was able to open its doors in 1976.

Maastricht's profile in medical teaching was cleverly reflecting old and new criticism against medical teaching. The principles were provoking and went directly into the roots of, e.g. the discussions about theory and practice, and about cathedral or bedside teaching.

The hallmark of Maastricht is: *a) the so-called Problem Based Learning (PBL)*, where to a large extent systematic discussions in student groups of seven to nine participants on assigned topics replaced traditional courses and lecture series. A profound *b) integration of medical disciplines* is intended from the very first day. The integrated knowledge presented should *c) increase in width and depth throughout the years of study in a sort of helix*. For each year, the achieved knowledge is to be deepened.

The teacher-intensive PBL model was perceived as «democratic», «grassroots-oriented», and as a rule, having the individual patient in focus.¹² The students are supposed to have a special responsibility for their own learning.

When the Maastricht-inspired curriculum was introduced in Oslo in August 1996, the time chosen also had a practical background, as new premises for medical teaching were built during these years. This was part of the erection of a new National Hospital, which opened in 2000. The medical teaching had previously taken place in the old buildings from 1852 in the city centre, in the building for preclinical disciplines (opened in

10 See www.maastrichtuniversity.nl

11 Previously named *State University of Limburg*.

12 The PBL model is «democratic» in the sense that it shifts responsibility for one's own learning more to the students than in traditional teaching. The PBL model is «realistic» because the assigned topics mimic practical medical problems. Furthermore, the model meets students who are used to group work from their basic schooling. The PBL model is «grassroots-oriented» in the way that it takes up practical situations, often case stories; as a consequence, the time perspective is «here and now» and the scope is the individual patient, not the group or the population. Because of its integrated structure, the model makes the students feel like doctors from the very beginning. But its profile may also give them the impression that medicine consists of a series of separate problems which, bluntly said, can be solved by talking about them. A curriculum centred on PBL groups of, e.g. 7–9 students, requires a great number of teachers as supervisors. It also becomes very static because the integration of disciplines is so complicated that changes are difficult to make. So even if the PBL model has definite paedagogic advantages, there also are drawbacks.

1978), in the National Hospital from 1883, in addition to other venues. The radical revisions of the teaching required special architectural considerations¹³, so if major changes were to come, they needed to be implemented immediately.

There had also been local and quite vigorous disputes on other topics in medical teaching as well, e.g. on the evaluation system: should *marks* be given, or should only *passed* or *failed* be used? The time was due to also take a decision on such issues.

Medical teaching and the role of the Norwegian doctor

After the Second World War, there was a considerable shortage of doctors in many countries, including Norway. There is a series of reasons for that. One of them was that patient encounters with medicine traditionally occurred in general practitioner or specialist consultations. Much of this had shifted to large-scale hospital medicine, in which the patients meet not only single doctors, but also an integrated, clinical system. Simultaneously, medical research made substantial leaps forward in providing new methods in prevention and cure, and the attitudes to health and disease posed new questions and raised new demands.¹⁴

In Norway, the increasing need for physicians was met by admitting larger numbers of new students, not only in the capital, but also when the University of Bergen (founded as a university in 1946) started to teach medicine, and when the University of Tromsø was established in 1968. In Trondheim, medical teaching started the same year.

From the early 1800s, we have seen that there was an ambition that Norwegian doctors should be trained in Norway. However, this position could not be maintained any longer after the Second World War.¹⁵ Despite considerable resistance at home, scores of students went abroad to study medicine in Germany, Austria, the Netherlands, the UK and other places. This implied a stronger connection to what was taking place in medical teaching abroad.

Internationally, medical teaching was also accused of being old-fashioned, with only a small amount of patient contact and unsatisfactory hands-on

13 See also Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø, Swärd ET (ed.) *De tre Riker – Rikshospitalet 1826-2001*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001, and Larsen Ø. *Mangfoldig medisin. Det medisinske fakultet i Oslo 175 år 1814-1989*. Oslo: Det medisinske fakultet, 1989.

14 See Larsen Ø. (ed.) *The shaping of a profession – physicians in Norway, past and present*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996, and Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986.

15 See especially books and articles by the Bergen ophthalmology professor, Torstein Bertelsen, on this issue.

training. Students with an overruling objective of becoming practicing doctors entered curricula in which they spent weeks, months and even years mostly learning theory, only seldom seeing a patient. Many of the students were forced to learn practice skills mainly on their own, e.g. by means of evening and weekend jobs in hospitals. Often, this type of curricula did not fit into the students' pictures of themselves as doctors to be, and frustrations emerged.

By 1972, the World Federation for Medical Education (WFME) was founded, as well as its European branch, the Association for Medical Education in Europe (AMEE). The modernisation of medical teaching, making it feel relevant to the students, was a common denominator in these and similar organisations.

The medical associations for doctors also had a vested interest in student training and of course in helping to mould the students into the professional roles they represented. In Norway, the influential Norwegian Medical Association (Den norske lægeforening) was deeply engaged in medical teaching. In many of the important after-war years, the secretariat ran as a separate department for medical teaching. In addition, the editor of the *Tidsskrift for Den norske Lægeforening (Journal of The Norwegian Medical Association)*, Ole K. Harlem (1917-2003), personally held a special interest in the field that sifted through to the authoritative medical journal, which is regularly read by all Norwegian doctors and by external actors as well.

The role of the students in Oslo

In Norway, initiatives for the revision of the medical curricula were constantly taking place. In the 1960s and 1970s, the waves of student revolts also reached Norway, although they were not as serious in the medical faculties as elsewhere on the campus, or in many places abroad. Nonetheless, the voice of the students was given more attention than ever before, and also as before, the students were generally demanding more practice and less theory. Teachers wanting to be modern and in accordance with their students, were particularly listening to their arguments.

The medical faculty had a traditional system of examinations and graded marks.¹⁶ The opponents of this system wanted a two-graded scale – approved or not approved. This important change with its obvious effects on factors such as student feedback, student motivation and general teaching level was

¹⁶ The scale of marks ranged from 1 to 12, but you could pass with a 6 and be rewarded for utmost excellence with a 12. The levels from 7-11 were the most frequent, and with a 9 or higher you had a «laudabilis» on your record. This ranking system was very often felt as a burden and attacked by the students as well as some of the teachers.

introduced in Oslo, together with the Maastricht model in 1996, making the reform even more radical.

The anti-authoritarian trends of the time challenged the social role of the doctor since the doctor as a health worker fit into the language of the day. The influential Birmingham professor of social medicine, Thomas McKeown (1912-1988), even questioned the role of medicine in solving health problems, as compared to the role of general social development.¹⁷ Such general trends added to the forces who in those years wanted to downgrade the status of the doctor.

New teaching trends in Oslo

An increasing interest in psychology and mental health raised the demand for a revision in the teaching of psychology for medical students. A new professor in psychology, Arvid Ås, was engaged. This was meant to help up the situation, though his untimely death shortly after his installation in 1969 became a serious setback. Into this void the new and much broader discipline of *behavioural science in medicine* (medisinske atferdsfag), which combined psychology, sociology, social history and practical patient handling skills, was launched and introduced in the 1970s. This reform required a quite substantial reduction in the teaching of traditional basic medical subjects such as anatomy, physiology and the like, and interestingly, this occurred without the marked resistance that might have been expected from the side of the teachers on behalf of their disciplines.

The development within the discipline of *general practice* (allmenn-medisin) is also part of this picture. For many reasons, general practice had decayed and gone down in prestige and attractiveness since the Second World War. Responding to an initiative from progressive doctors through the Norwegian medical association, an institute for general practice was established at the University of Oslo in 1968.¹⁸

It can generally be said that the role of the doctor was in transition in the 1960s and 1970. In part, the doctors pursued rapid scientific progress

17 Thomas McKeown (1912-1988). Important books: *The modern rise of population*. London: Arnold, 1976; *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976 (Oxford: Blackwell, 1979.) About his impact and the implications of his ideas, see e.g. Szreter S. Rethinking McKeown: The relationship between public health and social change. *Am J Publ Health* 2002;92:722-5, and Larsen Ø, Falkum E. Helse, medisin og befolkningsutvikling i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999;119:4482-7.

18 About the development in Oslo, see *Michael* 2009;6:1-126, in which the entire issue is devoted to the introduction of general practice as an academic discipline in Norway, based on a witness seminar in 2008. About the international situation, see e.g. Duffin J. *History of medicine – A scandalously short introduction*. 2nd ed. Toronto: University of Toronto Press, 2010.

in hospitals and academic medicine and in part, the ideals of grassroots health care. In this picture, the Maastricht model gained wide attention in Norway. It responded to a series of different trends and frustrations, and offered pedagogic solutions which seemed obvious and simple. Political decisions to heavily base Norwegian health care on first-line medicine in the communities added to its popularity, although the question may be raised as to what degree the Maastricht model really fit with the prevailing demands for skilled personnel in comprehensive first-line services.

Contents, depth and scope

Given that the objective of a medical faculty at a university is to provide its students with the knowledge needed for medical work with the *health conditions of the population* and the *cure of diseases and casualties*, the faculty should teach on a *science-based level*, and its obligation should be to *contribute to the development of the science* behind the teaching. Nevertheless, the needs for learning depend on *the role of the doctor*, which has a series of aspects that change with time and place.

There are at least two main categories of questions here: What belongs to medicine, and what is outside of its boundaries? What scientific depth is required for a doctor's work?¹⁹ Who should be responsible for the training of practical skills?

In Norway, the image and role of the doctor is probably slightly different from that in many other countries.²⁰ Although the main objective is to understand and treat diseases and other medical malfunctions, a social consciousness should be maintained. The doctor should not only *serve the sick*, but also *serve society*. As an academic person, the doctor should *serve science* through her or his work. So the obvious objective to *serve oneself*; to look upon the physician's work primarily as one profession among other professions and as a way to earn a living, is only one of many objectives.²¹

A highly respected position for Norwegian doctors was to work as a district physician. With a legal basis in the 1860 Sanitation Act²², most of these physicians were simultaneously working as both general practitioners

19 The issue 4/2009 of *Michael Quarterly*, entitled *Medisinsens randsoner* (The borders of medicine) is entirely devoted to these delineation problems. However, a scholarly discussion of what medical knowledge is really like still seems to be lacking.

20 See Nylenna M, Larsen Ø. Finnes det en egen norsk medisinsk identitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009;125:1813-6.

21 This is discussed in detail in Larsen Ø. (ed.) *The shaping of a profession – physicians in Norway, past and present*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996.

22 See: Sundhedsloven 150 år – Lov og forarbejder med innledning av Øivind Larsen. *Michael* 2010;7:Suppl 8. 124 pp.

and civil servants, thereby carrying the responsibility for the health conditions in their district.²³ This dual responsibility for society and individuals is still present, although in weaker forms, e.g. in family medicine, in medical counselling or when prescriptions and sickness certificates are issued.

The other objectives are also balanced, although there are fluctuations based on politics, economy, professional preferences and the like. For example, in the liberal period in the latter part of the 19th century, economic interests attracted special interest by at least a portion of the doctors. The Norwegian Medical Association always made it a point to carefully guard the economy of the private practitioners as long as this group was dominant, adding the interests of hospital doctors and others especially after the Second World War.

The «lifelong learning» principle in medicine was mainly reinforced and put into practice in the system from the 1960s through courses arranged by the Norwegian Medical Association. Additionally, the approval of specialists had been delegated to the Norwegian Medical Association until the Directorate of Health took over in 2011.²⁴

And how should academic work be ranked in doctor's careers? For a long time this was disputed, creating difficulties for those among the hospital staff who were eager to serve science and felt committed to do more out of their clinical work. On the other hand, the gradually increasing quest for clinical evidence to underpin personal experiences and judgments in clinical work should encourage a scientific approach admittedly taken in the wake of the State takeover of the hospital system in 2002. An increasing number of PhDs in medicine is also an interesting development here.²⁵

Such shifting objectives and images of a doctor strike back at medical teaching. But who decided what the curriculum should be?

Who rules the medical faculties?

The picture hinted at here of how an allegedly independent faculty like Oslo is influenced from the outside needs some commentary. An important fact for a small country is obviously that the same persons are often found in positions both inside and outside the University, and in both health services and professional organisations. The Norwegian Medical Society (*Det norske medisinske Selskab*) was started as a reading circle for physicians in 1826, which was the same year as the teaching hospital, The National

23 This system was abandoned following new legislation on community doctors in 1984.

24 See extensive work by the historian Per Haave on this topic.

25 In recent decades, formalised PhD training in medicine has attracted many young researchers, though a great part of them do not have an MD background.

Hospital (*Rikshospitalet*), was opened. After its formalisation in 1833, the Society became a very important arena for medical discussions, as well as for discussions on medical education, for at least a century. And the persons participating here were often University teachers. The same applied to The Norwegian Medical Association when it was established in 1886.

Double roles could often be rather heavy. For instance, the influential professor Axel Strøm (1901-1985), who was dean of the faculty from 1956 to 1963, held a series of positions in the medical organisations, most important among them as president of The Norwegian Medical Association from 1948 to 1951, and in the health services.

The daughters of Aesculap

The Greek god of medicine, Aesculap, had two daughters who cared for health, well-being and cure. One of them, Panakeia, had the curing of diseases as her responsibility. The other one, Hygieia, was the goddess of health and the prevention of disease.

The winds from Maastricht blew in over Norway just at a decisive moment, and may be accused of having preferred Panakeia. We do not know if attracting students was the most important factor in this case or a deep consideration for the nature of medicine in the future. With her attention to physical and social health factors and the prevention of disease, Hygieia was whisked more into the shadow.

There is a paradox which is only partly understood here: In the years when health and society were in focus, as in the radical 1970s, medical teaching was supported and strengthened. But despite this, a professional role for the doctor with the patient as the sole focus developed, even when the cause of the disease was obviously found in the context of the patient.²⁶ The result was inevitable: Many of the experts on health and the physical and social environment were now found outside of medicine, as were the responsible institutions.²⁷

26 A multidisciplinary approach in medical teaching was tried at the new and radical University of Tromsø in the 1970s. An example from the author's experiences as a teacher there: A quite well planned clinical presentation of a fireman with lung problems caused by dust and fumes, in which specialists from many fields talked quite shortly and gave highlights about the problem from different angles, ended up with the students eagerly taking notes on the treatment of lung failure. And when (in my case) dust hazards were to be presented more in depth, the students said no, we have already heard about that (!).

27 After the Second World War, important parts of hygiene and preventive medicine, which were previously core issues in any medical curriculum, had been moved out, e.g. food hygiene and air pollution, despite the fact that the public interest in food safety and environment issues had been growing. In Norway, such issues have even moved out of the universities and over to other institutions.



Figure 1: Teaching PBL in the first semester at the medical faculty in Oslo is most often a real pleasure for the supervisor. The students are highly motivated and as a rule have wide interests and likings for a broad approach to medical problems. (Photo: Øivind Larsen in the spring semester of 2011 for the University history project)

Even so, it is a paradox that the timetable for public health issues in the 1st and 10th semesters of the curriculum for «Oslo – 96», offers quite good overviews of central topics, but the outcome of the teaching depends to what extent such topics engage the students, e.g. as measured through teaching attendance²⁸. There is an appalling difference between teaching young students in their 1st semester (Figure 1) and in their 10th semester, when they have been seasoned for patient care in the outplacement periods in general practices and hospitals, and are less motivated to attend formal teaching²⁹. An example shown in Figure 2: In the spring semester of 2011, only less than 10% of the 10th semester students gave priority to taking part in a four-hour excursion to a showcase plant for waste recycling at Dal outside Oslo. In their tight curriculum, this demonstration was a quite

28 This impression is based on own teaching experiences.

29 Here, the impact of the Maastricht profile of «Oslo -96» is unclear. However, own experiences by teaching medical history, mainly public health topics, for more than a decade in the fifth year of study at NTNU, the University of Trondheim, are that attendance there is very good.



Figure 2: Five years later in the curriculum, the interest for the surrounding society has very often been considerably narrowed, despite the fact that the community health services place a wide responsibility on its first-line doctors. As compared to the students in the first semester, something has happened to the students. Have the winds from Maastricht even formatted their minds? (Here the small group of 10th semester students who chose to participate in the excursion to the waste plant in the spring semester of 2011.) (Photo: Øivind Larsen)

important part of the teaching in environmental medicine. As early as in their first jobs in the community health services, the young doctors may be asked to handle environmental health problems, e.g. related to waste.

Medical students are intensively taught how to communicate with patients, but only a little about how to communicate with society, and when doing so, their command of social and environmental issues often does not match their counterparts in society.

On the paedagogic side it may be said that the group oriented teaching of the Maastricht model weakens the individuality of the students, a trend which is counteracted by the intended responsibility for one's own learning.

An inherent possibility exists for stimulating false impressions of one's skills. There might be a false sense of self-confidence following a helix learning, in which the depth *required at the end* may become blurred. This may lead the student to skip the few and carefully selected formal lectures and overviews because they do not think the topic is relevant to them, according to the interests they hold at the moment. In Oslo the passed/not passed marking system adds to the unclear feedback.

Could not changes be made when experiences call for it? In a way, the winds from Maastricht have sealed the situation so that changes are made difficult, and for practical reasons adjustments are not easy to make. With its heavy integration of topics and teachers, the curriculum model is too complicated. Even small steps in some disciplines often have considerable implications for others.

The role of the doctor has been settled and is nowadays seldom subject to discussion any more. However, medicine and health is in the minds of everyone in society, e.g. in the political debate. What a doctor should be, seems clear, even if it is not. In the wake of the developments described here, in which the Maastricht winds are important elements, it seems that we have quietly accepted certain issues: Practice has won over theory, evidence-based medicine has been allowed to dominate other forms of knowledge, the cure and care of individual patients have pushed prevention and public health thinking into the background, and demands from outside have a substantial influence on the faculty.

Øivind Larsen
Institute of health and society
University of Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no

Kan omsorgen stå alene? Omsorgsbegrepet i tre stortingsmeldinger

Michael 2011;8: 344–56.

I denne artikkelen blir forekomsten av begrepet omsorg i Stortingsmeldingene 25 (2005-2006), 31 (2001-2002) og 47 (2008-2009) registrert, analysert og drøftet. Begrepets forekomst alene og i ordsammensetninger sammenliknes med forekomsten av andre relaterte begreper som for eksempel pleie, behandling, støtte og assistanse. Av alle begreper som undersøkes er omsorgsbegrepet det begrepet som minst hyppig står alene, bare i 6,7 % av tilfellene, og sjeldnere i de to nyeste stortingsmeldingene. Begrepet finnes hyppigst i ordsammensetninger som omsorgsarbeid, omsorgsutfordringer og omsorgsbehov. Begrepet assistanse, derimot, forekommer alene alle ganger det brukes. Drøftingen bygger blant annet på antakelsen om at et begrep som stort sett fremkommer som spesifiseringer i ordkombinasjoner, inneholder i mindre grad et betydningsinnhold som er spesifikt for dette begrepet enn om begrepet oftere fremsto alene.

Begrepet «omsorg» er kulturelt ladet med en bred vifte av konnotasjoner i det norske språk og av gammel opprinnelse. Den andre stavelsen i ordet har slektskap med det tyske verbet «sorgen», som kan oversettes med «sørge for» og «dra omsorg for». Forstavelsen «om» henviser til noe som er omkring, rundt eller for noe» (1, s.172). Omsorg har dype røtter i vårt samfunn og kan knyttes til universelle menneskelige erfaringer og vilkår:

«Begrepet viser i første rekke til en etisk forankret *holdning* med dype røtter i vår kultur, der bl.a. lignelsen om den barmhjertige samaritan er en viktig kilde. Det refererer også til grunnleggende erfaringer de fleste mennesker gjør i nære følelsesmessige relasjoner, spesielt innen familien. En mors forbeholdsløse omsorg for sitt spedbarn er vel det mest talende eksemplet» (2).

Omsorg, som fenomen, er naturlig og universelt. Omsorgen er relasjonell og forutsetter den andres eksistens, den er praktisk og konkret, og den

er moralsk, siden den kan realiseres på ulike måter og har en virkning i forhold til andre i ulike, spesifikke kontekster (2).

Omsorgsbegrepet kan også gi negative assosiasjoner, som «disiplinert godhet» og som føleri (3) eller som byrde, slit og kav (1). Det har også fått en helt annen og nyere valør i norsk helsepolitisk kontekst, ikke minst knyttet til Lov om helsetjenesten i kommunene fra 1982, der «pleie og omsorg» angis som en oppgave for kommunens helsetjenester (2). Omtrent på samme tid introduserte sosiologen Kari Wærness begrepet «omsorgsarbeid», der kvinners ulønnede og til dels offentlig usynlige arbeid i hjemmet er sentralt (5). Enten begrepet omsorg knyttes til profesjonelt, familiebasert eller såkalt frivillig arbeid, så forutsetter man gjerne at en omsorgsrelasjon innebærer omsorgsfulle handlinger og holdninger. Selv om det som defineres som «omsorgsarbeid» kan utføres uten omsorg, så vil det i de fleste tilfeller være «en kobling mellom det å utføre omsorgsarbeid og det å opptre omsorgsfullt. Det eksisterer sterke normer om at det bør være slik» (2).

Hva begrepet «egentlig» opprinnelig betyr eller offisielt defineres som (for eksempel i faglige definisjoner) er én sak, en helt annen sak er hvordan dette og andre begreper kontinuerlig endrer innhold og bruksmåte i levende muntlig og skriftlig språk. Noen ganger blir kjente og vektige begreper, som for eksempel «sosial kapital» eller «myndiggjøring», tillagt et meningsinnhold og får bruksmåter som er så ulikt sin opprinnelse at begrepene før og nå knapt har noe meningsoverlapp, samtidig som spor av at endringer har funnet sted, er visket bort (6). Ved å sammenlikne skriftliggjorte definisjoner fra ulike tider som «sementer» en tidsspesifikk forståelse av et begrep kan man, ved å bringe sammen kilder som vanligvis ikke bringes sammen og sammenliknes, komme på sporet av noen endringer. Et annet og interessant inntak får man om man etterspører og sammenlikner bruksmåter i levende språk av begreper til ulike tider, i ulike miljø eller i ulike samtidige tekster.

Aldring og omsorg

«Barndom» som norsk kategori skriver seg fra rundt midten av 1800-tallet (7). Kategorien «eldre», slik den brukes i dag, oppstod omtrent på samme tid (8). Hvordan man deler livet inn i ulike stadier er kulturelt betinget og varierer mellom ulike samfunn i verden (9), og hva det å aldres og å bli eldre innebærer varierer også mye med kultur, samfunn og levestandard (10,11). Eldre defineres gjerne i vårt norske samfunn ut fra alderskriterier, og til dels også ut fra funksjonsnivå og helse, i motsetning til mange andre samfunn der for eksempel livsfase i forhold til egne barn og barnebarn kan være mer vektlagt (10,11). Innholdet i begrepet er naturlig nok ikke konstant

i det norske samfunnet, ikke engang i forhold til alderskriteriet. Sosialpsykologen Svein Olav Daatland viser til norske spørreundersøkelser der respondentene i 1993 anga at de blir «eldre» ved 64 års alder mens de først blir «gammel» ved 78 års alder. I 1969 var forskjellen atskillig mindre mellom de to kategoriene; man ble «eldre» og «gammel» ved henholdsvis 70 og 73 år (12).

Dermed kan det med god grunn diskuteres hvem som er selve målgruppen for «eldreomsorg». Daatland opererer, som flere andre aldersforskere, med begrepene «den tredje alder» og «den fjerde alder», der det sistnevnte begrepet delvis er synonymt med begrepet «gammel» og impliserer avhengighet, skrøpelighet og sykdom (12,13). I offentlig debatt blir gjerne begge «aldrene» inkludert når man omtaler den såkalte «eldrebølgen». At selve størrelsen på denne «bølgen» avhenger av kulturelle og sosiale mekanismer som avgjør hvem og hvor mange som omfattes av begrepet «eldre», forbigås som oftest i taushet i offentlige debatter. Kanskje også en liknende taushet omgir omsorgsbegrepet, i forhold til hvordan det faktisk nyttes og oppfattes av dem som tar det i bruk.

Omsorgsbegrepet i stortingsmeldingene sett under ett

De tre stortingsmeldingene som er gjenstand for undersøkelsen som denne artikkelen bygger på, stortingsmeldingene 25 (2005–2006), 31 (2001–2002) og 47 (2008–2009), er valgt fordi de er nyere stortingsmeldinger, fra det siste tiåret, og fordi de alle har helsetjenester til eldre som et hovedtema, slik tilfellet er i den såkalte «omsorgsmeldingen», Stortingsmelding 25: «Mestring, muligheter og mening» (14) og i Stortingsmelding 31 (15): «Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen,» eller som et sentralt tema, slik som i Stortingsmelding 47 (16): «Samhandlingsreformen. Rett behandling – til rett tid – på rett sted,» den såkalte «samhandlingsmeldingen». Begrepet omsorg synes, i nåtidige helsepolitiske tekster, særlig å være knyttet til helsetjenester til skrøpelige eldre. Omsorgsbegrepets forekomst i stortingsmeldingene er relevant å sammenlikne med skjebnen til andre beslektede begrep, slik som arbeid, tilbud, hjelp, pleie, behandling, støtte og assistanse. I tabell 1 summeres funn fra alle tre rapportene opp for alle disse begrepene.

Vi ser også at de gamle og etablerte begrepene «arbeid» og «pleie» generelt sjelden står alene, om man ser på de tre offentlige tekstene samlet. Mest markant vises det at omsorgsbegrepet svært sjelden står alene.

Fokuset i denne artikkelen er forekomsten av begrepet «omsorg» i noen offentlige tekster og hvordan disse begrepene har forekommet. Det finnes selvsagt andre tekster, både muntlige og skriftlige, der begrepet er atskillig

Tabell 1: Begrepsbruk i Stortingsmelding 25 (2005–2006), 31 (2001–2002) og 47 (2008–2009) samlet

Begrep	I kombinasjon og alene, antall	Alene	
		Antall	% av total
Omsorg	1867	125	6,7
Arbeid	1387	146	10,5
Tilbud	685	187	27,3
Hjelp	278	75	27,0
Pleie	312	38	12,2
Behandling	405	150	37,0
Støtte	124	25	20,2
Assistanse	14	14	100

mindre frekvent og kanskje til og med fraværende. For eksempel synes det som om selvpresentasjoner fra helse- og sosialfaglige utdannelser på deres egne nettsider knapt nok bruker begrepet.¹ Det kan også tenkes at helsefaglig personale i liten grad bruker begrepet knyttet til egen praksis, eller i hvert fall har vansker med å bruke begrepet uten å relatere det tett til konkrete pasientsituasjoner (17). Pasienter selv synes å bruke begrepet «omsorg» relativt sjelden, entes det er knyttet til relasjoner til helsepersonell eller til tjenester som de mottar (18). Som allerede nevnt kan man selvsagt ikke slutte ut fra fraværet av omsorgsbegrepet at det som begrepet denotere og konnoterer til ikke er i fokus eller ikke er noe språkbrukerne er opptatt av. Noen ganger kan det til og med være slik at det viktigste i et samfunn eller et miljø enten er redundant og kommuniseres ofte og eksplisitt, eller bokstavelig talt glimrer eller lyser i sitt fravær ved sin systematiske utelatelse (19). I denne artikkelen blir både hyppigheten av begrepet omsorg og variasjoner i bruksmåter i offentlige tekster belyst.

Omsorgsbegrepet i de enkelte stortingsmeldingene

Stortingsmelding 25: «Mestring, muligheter og mening» (14) fra 2005–2006, ofte referert til som «omsorgsmeldingen», gjør noe så uvanlig i norske helsepolitiske dokumenter som å vie rundt en halv side til begrepsavklaring av

¹ Undersøkelse av nettsider foretatt av stipendiat Kaia Dorothea Schultz, Universitetet i Oslo, ikke publisert, formidlet på forskningskonferansen «Omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår» ved Haraldsplass Diakonale Høgskole 7. april 2011.

omsorgsbegrepet. Avklaringen er bredt orientert og tydelig informert av sentral helsefaglig og filosofisk litteratur:

«Omsorgsbegrepet kan ha flere dimensjoner. I tillegg til å beskrive selve arbeidet som blir utført, står begrepet for et ideal, en intensjon om å ha omtanke for og sørge for en annen. Omsorgsbegrepet omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Et omsorgsfylt utført arbeid er handlinger som er utført på en kompetent og faglig kyndig måte. Samtidig handler omsorg om å være «andreorientert», tilstede, bry seg om, forstå, vise medfølelse, ømhet og respekt – alt dette omsatt i praksis. Omsorg består både av arbeid og omtanke, og inneholder spenninger som av og til fremstår som etiske dilemma for profesjonelle omsorgsutøvere. Selv om omsorg kan være vanskelig å definere, er det et begrep som har en felles kjerne i hverdagslivet. Omsorg er både en handling og en kvalitet ved denne handlingen. Kvalitativt gode tjenester må derfor formidle omsorg både gjennom handling og holdning.» (s.39)

Her er mer enn arbeidet («omsorgsarbeidet») belyst. Omsorg knyttes både til handlingers intensjon, til praktisk hjelp og måten den utføres på, og til en grunnleggende «andreorienterthet» som innebærer å «være til stede, bry seg om, forstå, vise medfølelse, ømhet og respekt». Den omfattende rapporten, som er på 123 sider, anvender også omsorgsbegrepet hyppig. Omsorgsbegrepet nyttes hele 1127 ganger, alene eller som ordkombinasjon. Det er ikke dermed sagt at begreper som kobles til omsorg i denne begrepsavklaringen i stortingsmeldingen, slik som for eksempel «medfølelse», brukes hyppig i den samme stortingsmeldingen. For eksempel forekommer ordet «forstå», slik det fremkommer i teksten i koblingen «bry seg om og forstå», tre andre ganger i dokumentet i tilsvarende betydning, to ganger knyttet til begrepet «kulturforståelse» og én gang til det å «bli møtt med forståelse». «Omtanke» nyttes to ganger, og begge ganger utelukkende i den teoretiske redegjørelsen som er sitert fra ovenfor. Begrepet «respekt» brukes syv ganger, inklusiv forekomsten i de teoretiske avsnittene. Dette gjelder også flere andre begreper som relateres til omsorg i disse avsnittene. Dette trenger ikke være betydningsfullt og verd å merke seg i seg selv. Det kan i utgangspunktet godt tenkes at bruken av selve begrepet «omsorg» i stortingsmeldingens tekst som helhet innebærer en betydningsbredde som dekker alle disse begrepene som nyttes for å karakterisere omsorg og at dermed begreper som for eksempel «omtanke» er med likevel uten å direkte benevnes.

Man kan heller ikke trekke for bastante slutninger ut av at omsorgsbegrepet så ofte inngår i begrepspar og fremstår som en type hybrid. Norsk språk er et såkalt syntetisk språk som er kjennetegnet av at ordsammensetninger er vanlig, spesielt i form av at to ord settes sammen til ett nytt. Ordet «eldreomsorg» kan like godt uttrykkes som «omsorg til eldre» og av og til bety helt det samme. Likevel kan det være interessant å undersøke om

omsorgsbegrepet i større monn enn andre begreper som anvendes i helsepolitiske tekster opptrer i begrepspar.

Ser man på de ulike spesifikasjonskontekstene for omsorgsbegrepet, fremkommer likevel et interessant bilde. Mens omsorgsbegrepet som nevnt forekommer hele 1127 ganger i «omsorgsmeldingen», så fremtrer det alene bare 99 ganger, dvs. rundt 8,8 % av tilfellene. De gangene det opptrer i begrepspar og dermed spesifiseres, er det en stor variasjon i type spesifiseringer. Noen eksempler på dette er omsorgstjeneste (417 ganger), omsorgsboliger (82), omsorgssektor (57 ganger), familieomsorg (52 ganger), omsorgsarbeid (30 ganger), eldreomsorg (29 ganger), omsorgstilbud (28 ganger), omsorgsbehov (22 ganger), omsorgsutfordringer (13 ganger), demensomsorg (11), (boliger til) omsorgsformål (10 ganger), og, omsorgsforskning (8 ganger).

Felles for alle de nevnte eksemplene er at ordet «omsorg» godt kan byttes ut med for eksempel ordet «pleie» uten at det nødvendigvis medfører en stor betydningsforskjell. «Omsorgsarbeid» kunne for eksempel godt benevnes «pleiearbeid», men selvsagt avhengig av at man oppnådde en enighet blant språkbrukerne om at pleiebegrepet skal vedbli å være like betydningsmessig rommelig som tidligere i faglig og helsepolitisk litteratur. I flere av tilfellene kan også ord som «hjelp», «behandling», «arbeid», «tilbud», «støtte» og «assistanse» byttes ut mot «omsorg» i konstallasjonene. Det kan være en fristende foreløpig konklusjon at et begrep, for eksempel «omsorg», når det stort sett fremkommer som spesifiseringer av typene nevnt over, inneholder i mindre grad enn før betydningsinnhold som er unikt for dette begrepet.

Det kan i denne sammenheng være interessant være interessant å se på skjebnen til andre viktige begrep i «omsorgsmeldingen», blant annet det «gammeldagse» pleiebegrepet:

Av alle disse begrepene er det omsorgsbegrepet som synes å ha vanskeligst for å stå alene. Mens begrepet forekommer alene i bare 8,8. % av tilfellene og ordet «assistanse» forekommer alene i 100 % av tilfellene, så opptrer de andre begrepene et eller annet sted i mellom disse to ytterlighetene. Mens begreper som «tilbud», «hjelp», «behandling» og «støtte» alle forekommer alene i minst 20 % av tilfellene, er også «gammeldagse» begreper som «arbeid» og «pleie» sjeldnere alene, arbeid i 13 % av tilfellene og «pleie» i 13,7 %, men dog langt mer frekvent enn for omsorgsbegrepet. Noen av disse andre begrepene er faktisk ganske frekvente i teksten, om man inkluderer alle forekommende ordkombinasjoner, slik som for eksempel arbeid, som forekommer 584 ganger, og kanskje litt mer overraskende, tilbudsbegrepet, som opptrer hele 372 ganger. Før en nærmere drøfting av betydningen av disse funnene, kan det også være interessant å se på frekvenser av alders- og gruppespesifikke begreper i «omsorgsmeldingen».

Tabell 2: Begrepsbruk i Stortingsmelding 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer* («Omsorgsmeldingen»)

Begrep	I kombinasjon og alene, antall	Alene	
		Antall	% av total forekomst
Omsorg	1127	99	8,8
Arbeid	584	76	13,0
Tilbud	372	82	22,0
Hjelp	174	43	24,7
Pleie	146	20	13,7
Behandling	105	32	30,5
Støtte	45	14	31,1
Assistanse	13	13	100,0

* Innholdsfortegnelse og referanseliste er ikke inkludert i tellingen.

Stortingsmelding 25 (2005-2006) innledes med følgende ord:

«Fremtidens omsorgsutfordringer og hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene står i fokus i denne meldingen. De siste 20 årene har tjenestene gjennomgått flere store reformer som har berørt både eldreomsorgen og brukergrupper med ulike typer funksjonshemninger. Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen ble det tatt et krafttak både for å øke kapasiteten og ruste opp kvaliteten på tjenestetilbudet. Samtidig, i kjølvannet av reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplanen for psykisk helse, er tallet på yngre brukere av de kommunale omsorgstjenestene nær fordoblet de siste ti år (s.5).

Etter denne innledningen kan det forventes at også yngres² helse er sentralt. Derfor kan det være interessant å se også på frekvensen av begreper som går på alderskategorier slik som «gammel», «eldre», «yngre», «ung» og «ungdom». Kuriøst nok forekommer begrepet «gammel» bare to ganger i dokumentet, den ene gangen i uttrykket «gammel eller ung» og den andre gangen i et sitat. Begrepet «eldre», derimot, nyttes hele 352 ganger, ofte i ordkombinasjoner som «eldreomsorg», men også 161 ganger helt alene. «Voksen/voksne» brukes neste bare om reelle eller potensielle «omsorgsgivere» i teksten, og bare 5 ganger knyttet til «brukere», to ganger i kombinasjoner som «unge/yngre voksne». «Yngre» forekommer 27 ganger (interessant nok alltid alene som begrep) og begrepene «ung/unge/ungdom» forekommer 41 ganger.

2 I stortingsmeldingen forstått som mennesker under 67 år.

Alt dette gir en total forekomst av begreper som angår «ikke eldre» på 71. Dermed forekommer begrepet «eldre» bortimot fem ganger hyppigere enn begreper som denoterer «yngre» i teksten. Begrepet «ung» eller «yngre» må ikke tas for bokstavelig. I stortingsmeldingen favner begrepene vidt, blant annet gjennom konstellasjoner som «unge eldre» eller «unge voksne», og kan dermed sies å være en kategori som favner alle som ikke defineres som «eldre».

Når omsorgsbegrepet knyttes opp mot alder, skjer dette utelukkende i forhold til eldre. «Eldreomsorg» forekommer 29 ganger i dokumentet, mens barneomsorg ikke er et begrep som nyttes, og naturlig nok heller ikke yngreomsorg, som ikke er gangbar mynt i det norske språk pr. i dag. Barneomsorg er et begrep man heller ikke støter på, og heller ikke andre grupperrelaterte omsorgsbegrep som for eksempel kreftomsorg.

Kanskje skjer denne språklige utviklingen parallelt med en økende todeling av helsevesenet, der de som ikke prioriteres i forhold til spesialisthelsetjenesten får «omsorg»? Og at disse, tross stadig nye yngre «brukere» (men forhandlingmessig svake «yngre» slik som mennesker med psykisk utviklingshemming eller med psykiske lidelser), stort sett defineres som eldre? Dette er et spørsmål som er viktig å reise men vanskelig å besvare. For hovedformålet med denne artikkelen er det interessant å se videre på om noen av de dokumenterte trendene fra Stortingsmelding 25 (2005–2006) også går igjen i to andre stortingsmeldinger, Stortingsmelding 31 fra 2001–2002 (15), «Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen,» og Stortingsmelding 47 fra 2008-2009 (16), «Samhandlingsreformen. Rett behandling – til rett tid – på rett sted» («samhandlingsmeldingen»):

Tabell 3: Begrepsbruk i Stortingsmelding 31 (2001-2002), Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen

Begrep	I kombinasjon og alene, antall	Alene	
		Antall	% av total
Omsorg	404	13	3,2
Arbeid	102	20	19,6
Tilbud	76	27	35,5
Hjelp	21	6	28,6
Pleie	110	9	8,2
Behandling	34	4	11,8
Støtte	4	3	75,0
Assistanse	0		

Tabell 4: Begrepsbruk i Stortingsmelding 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen. Rett behandling – til rett tid – på rett sted («samhandlingsmeldingen»)

Begrep	I kombinasjon og alene, antall	Alene	
		Antall	% av total
Omsorg	336	13	3,9
Arbeid	701	50	7,1
Tilbud	237	78	32,9
Hjelp	83	26	31,3
Pleie	56	9	16,1
Behandling	266	114	42,9
Støtte	75	8	10,7
Assistanse	1	1	100

Vi ser at for både Stortingsmelding 31 (2001–2002) og 47 (2008–2009), «samhandlingsmeldingen», er trenden enda klarere når det gjelder omsorgsbegrepets hang til å gå i tospann med andre begreper. I Stortingsmelding 47 står begrepet alene i 3,9 % av tilfellene, og i Stortingsmelding 31 står det alene i 3,2 % av forekomstene. Ordet «behandling» er naturlig nok særlig frekvent i Stortingsmelding 47, der samordning mellom spesialisthelsetjenestene og de andre helsetjenestene er et sentralt tema.

Omsorgsbegrepet i tekst og kontekst

Begreper endrer mening over tid, også nøkkelbegreper som «omsorg». Slike endringer kan ikke i seg selv vurderes som positive eller negative i for eksempel i forhold til faglige og etiske kriterier. Likevel er det flere gode grunner til å vie språklige endringer oppmerksomhet også for helsepersonell og for helseforskere, spesielt når det gjelder pregnante, mangetydige og kulturelt viktige begreper som stadig knyttes til og uttrykker viktige anliggender i våre fag, slik som tilfellet er for begrepet «omsorg». Alle begreper i språket står i en dobbel sammenheng ved at de informeres av kulturelle og samfunnsmessige trender, samtidig som de påvirker de samme trendene gjennom at de, ved det meningsinnhold og bruksmåter de til enhver tid tillegges, også får språkutøverne til å være oppmerksom på noe og til å skyggelegge, overse eller glemme noe annet. Et relevant eksempel på omsorgsbegrepets samfunnsmessige kontekst kan man for eksempel finne i danske helsefaglige studier. Studiene indikerer at fra 1960-årene og utover tar sykepleiere i økende grad omsorgsbegrepet i bruk, parallelt med at de i minkende grad

er til stede i direkte samhandling med pasientene. Med andre ord, omsorgsbegrepet blir viktigere jo mer sykepleierne fjerner seg fra pasientene (20,21).

Når omsorgsbegrepet på denne måten kommer til ny nytte og anvendelse er det ikke gitt at begrepet blir uendret. Andre pregnante begreper har, som allerede nevnt, vist seg å leve sitt eget liv over tid. Begrepenes skjebne når det gjelder nåtidige bruksmåter kan ha ført dem innholdsmessig relativt fjernt fra sitt opphav, slik det har skjedd med store teoretikere som Freire (1921–1997) og Bourdieu (1930–2002) og deres nøkkelbegreper. Karl Marx (1818–1883) sine kapital-, merverdi- eller fremmedgjøringsbegreper kan også gjerne føyes til denne listen (22)

Noen ganger kan det at språklige begreper som vanligvis ikke møtes likevel møtes, medføre en ny bevissthet og kanskje også klokskap. Selv erfarte jeg et eksempel på det en gang jeg bodde i storbyen San Diego i California, og opplevde at amerikanske venner begynte å holde begrepet «valgfrihet» opp mot begrepet «livskvalitet». Etter et hektisk besøk på et av byens store supermarkeder kunne gjerne en av dem utbryte, «ja her har vi stor valgfrihet, vi kan velge mellom tusen varianter av mat vi ikke vil ha og ikke trenger». Det er interessant i den forbindelse å observere at valgfrihet innen for eksempel de kommunale helsetjenestene i Norge ofte fremholdes om et udiskutabelt gode og blir et sentralt kvalitetskriterium, uten at hva man har å velge mellom eller konteksten for valgene nødvendigvis problematiseres. Det kunne vært faglig og menneskelig bevisstgjørende om begrepet «valgfrihet» i større grad enn nå fikk møte «seg selv» og andre begreper i offentlige debatter.

Det har vært fremsatt som en hypotese tidligere i teksten at et begrep, når det stort sett fremkommer som spesifiseringer i ordkombinasjoner, inneholder i mindre grad et betydningsinnhold som er spesifikt for dette begrepet, enn om begrepet oftere fremsto i en alene.³ Om denne hypotesen har noe for seg, så vil, av alle begrepene som er drøftet i denne artikkelen, omsorgsbegrepet være det begrepet som mister mest av sitt «eget» betydningsinnhold. Ved forsøksvis å erstatte omsorgs-delen av begrepspar sammensatt av «omsorg» og noe annet med for eksempel «pleie», «arbeid» etc, ser man at betydningsforskjellen kan være overraskende liten, noe som kan få en til

3 Kan det være at et hvilket som helst norsk begreps bredde av konnotasjoner og assosiasjoner minsker jo større grad av spesifisering som blir begrepet til del? Om det er tilfellet, vil det at omsorgsbegrepet stort sett forekommer som spesifiseringer som for eksempel «omsorgsutfordringer» indikere at begrepet har en mindre begrepsmessig dybde og bredde enn det ellers ville hatt. Prof. i lingvistikk Johan Myking, som har arbeidet med en såkalte «termbanken» for Universitetet i Bergen i mange år, mener at dette virker som en plausibel hypotese, men at den antakelig ikke er undersøkt for norsk språk i tilstrekkelig grad (muntlig kommunikasjon 17.03.11).

å spekulere på om det ikke bare er slik at omsorgsbegrepet i minkende grad står alene, men at det også i minkende grad blir i stand til å stå alene med sin egen tyngde av betydningsrepertoar.

Et begrep som mange filosofer, helseforskere og samfunnsforskere vil si er sterkt knyttet til omsorgsbegrepet, er begrepet «avhengighet». Det kan her være interessant å merke seg at ordet «avhengighet» forekommer ti ganger i Stortingsmelding 25 (2005-2006), den ene gangen knyttet til et mål om å «reducere avhengighet» og den andre gangen som del av den teoretiske redegjørelsen for omsorgsbegrepet, mens begrepet «uavhengighet» forekommer fire ganger. Ordet «brukermedvirkning» forekommer åtte ganger og «brukerinnflytelse» 10 ganger i samme tekst, begreper som er mer knyttet opp til «den aktive pasient» og til «autonomi». Ingen av begrepene er spesielt frekvente og det bør ikke legges for mye i hvor mange ganger og hvordan begrepene forekommer. Det er likevel verd å merke seg at stortingsmelding 25 (2005-2006) omtaler «avhengighet» i svært liten grad, og med få positive konnotasjoner, mens Stortingsmelding 47 (2008-2009) ikke nytter begrepet om mellommenneskelige relasjoner (fem ganger nyttes begrepet «rusavhengighet» og to ganger brukes begrepet «avhengighet» om forholdet mellom forvaltningsinstanser) og Stortingsmelding 31 (2001-2002) ikke nytter begrepet i det hele tatt.

Flere viktige filosofer, som Martin Buber (1878-1965), Knud E. Løgstrup (1905-1981) og Emanuel Levinas (1906-1995), psykologer, som Georg H. Mead (1863-1931) og Daniel Stern (1934-), og samfunnsvitere, som Émile Durkheim (1858-1917) og Erving Goffman (1922-1982), betoner nettopp gjensidig avhengighet og gjensidig utleverhet i menneskelige relasjoner som det mest genuint menneskelige. Denne avhengighet og sårbarhet, som hører omsorgen til, er det ingen grunn til å reservere for høy alder og skrøpelighet som kan følge med høy alder. Om det er en riktig antakelse at en høy grad av spesifitet i bruk av omsorgsbegrepet gjør at det blir mindre «plass» til unike dimensjoner ved omsorgsbegrepet, kan det være fristende å stille spørsmålet om én av de unike dimensjonene ved omsorgsbegrepene som synes å nedtones i de offentlige tekstene som er gjennomgått, er avhengighetsbegrepet.

Konklusjon

I artikkelen har det vært et mål å la omsorgsbegrepet «møte» seg selv i ulike former og også andre begreper i nyere norske helsepolitiske tekster, tre stortingsmeldinger. Forekomsten av begrepet omsorg i Stortingsmeldingene 25 (2005-2006), «omsorgsmeldingen», 31 (2001-2002) og 47 (2008-2009), «samhandlingsmeldingen», alene og i ordsammensetninger, har blitt

sammenliknet med forekomsten av andre relaterte begreper som for eksempel pleie, behandling, støtte og assistanse. Av alle begreper som undersøkes er omsorgsbegrepet det begrepet som minst hyppig forekommer alene. Dette kan indikere at omsorgsbegrepet, slik det fremkommer i de undersøkte stortingsmeldingene, er et begrep har en stor bredde av spesifiseringer men som i begrenset grad har etymologisk bredde og dybde.

Det kan hevdes at begrepet har en spesiell verdi både for helsefaglig virke, for vår kultur og kulturarv, og for menneskelig liv og samliv generelt. Dermed er skjebnen til omsorgsbegrepet viktig for oss alle. Det å få tallfestet begrepsforekomster (i «ren» form og som «hybrider») og begrepenes kontekst «beviser» selvsagt ikke noe som helst. Likevel kan tallene forhåpentligvis bli tall til ettertanke, faglig og menneskelig. Spørsmålet om omsorgen kan stå alene som begrep, er et spørsmål som kan generere andre spørsmål om hvilket helsevesen vi vil ha og hvilket samfunn vi vil ha.

Litteratur

1. Førland O. Omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår. *Michael Quarterly* 2010; 7:171-180.
2. Romøren TI. Omsorg og forskning. Artikkel publisert på nettadressen http://www.omsorgsforskning.no/omsorg_og_forskning, 2009, lastet ned 17.03.11.
3. Martinsen KM. *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano Forlag, 1989.
4. Martinsen KM. Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. I: Alvsvåg H, Førland O red. *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe forlag, 2007:315-44.
5. Wærness K. *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
6. Jacobsen FF. Empowerment og styringsformer i pleie- og omsorgsarbeid. I: Gjengedal E, Hanestad BR red. *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. Ny utgave 2007: 126-146.
7. Sørhaug T. Kjærlighetens semantikk. Familiemønstre mot år 2000. *Fokus på familien* 1992; 20, s.3-27.
8. Hauge S. *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2004.
9. Eriksen TH. *Små steder – store spørsmål: innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
10. Ember CR, Ember M. *Medical anthropology. Health and illness in the world's cultures*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.
11. Fry CL. *Aging in culture and society*. United States: Bergin & Garvey Publishers, Inc., 1980.
12. Daatland SO. *Aldring som provokasjon: tekster om aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget, 2008.
13. Romøren TI. *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag, 2001.

14. Helse- og omsorgsdepartementet. *Stortingsmelding 25: Mestring muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2005–2006.
15. Helse – og omsorgsdepartementet. *Stortingsmelding 31: Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen «Fra hus til hender»*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2001 – 2002.
16. Helse- og omsorgsdepartementet. *Stortingsmelding 47: Samhandlingsreformen. Rett behandling – til rett tid – på rett sted*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2008 – 2009.
17. Kjøllesdal A. Er teknologisk kompetanse omsorg? *Sykepleien* 2010; Årg. 98, Nr.8:75–77.
18. Birkeland A. og Natvig, G. K. Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2008; årg.10, nr.2:3-14.
19. Jacobsen FF. *Theories of sickness and misfortune among the Handandowa Beja. Narratives as points of entry into Beja cultural knowledge*. London & New York: Routledge/Kegan Paul International, 1998.
20. Beedholm Poulsen K. *Forandring og trøghed i den sygeplejefaglige diskurs*. Dr.grads avhandling. København: Københavns Universitet, 2003.
21. Petersen KA. *Den praktiske sans – sygeplejens skjulte principper. En fremstilling og forslag til et observationsstudie af sygeplejepsis og en afdækning af principper for sygeplejehandlinger, med Pierre Bourdieus teori om habitus som ledetråd*. København: Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning, 1989.
22. Miller D. A theory of virtualism: consumption as negation. I: Edelman M, Haugerud A red. *The anthropology of development and globalization. From classical political economy to contemporary neoliberalism*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2005: 224–31.

Takk til Kaia Dorothea Schultz, stipendiat ved Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo, for verdifulle kommentarer.

*Frode F. Jacobsen
Senter for omsorgsforskning – Vest
Høgskolen i Bergen
Postboks 7030
5020 Bergen
ffj@hib.no*

Decision aids – ideals and dilemmas of user involvement

Michael 2011;8: 357–69.

At present, user involvement permeates health care policy in many Western countries. An outgrowth of user involvement is shared decision-making, which is characterized by the mutual sharing of information and values, as well as the pursuit of agreed upon decisions within the patient-physician relationship. Patient decision aids are tools developed to support shared decision-making. The tools are developed to increase the patient's knowledge and elucidate values that are relevant to his or her decision. Despite their increasing use and evidence base, decision aids demonstrate a number of unsolved paradoxes inherent in shared decision-making. The volatility of the core concepts underlying decision aids and shared decision-making is a considerable challenge for their future role in health care.

Many medical decisions are straightforward. Few doctors would think too long before administering antibiotics to a child with life-threatening bacterial meningitis, and not completely removing a melanoma is hardly an option. However, between the extremes of the clearly beneficial and the clearly non-beneficial interventions reside the grey zone treatments, a domain in which the right decisions are not always clear-cut. Nearly half of all treatments have unknown effectiveness, and 7% of treatments are trade-offs between benefits and harm (1).

When there is uncertainty, or a trade-off between benefits and harm, the weight the individual patient places on the probable outcomes of the options can be decisive. The decision will depend on the patient's values and preferences, and the decision can be labeled preference-sensitive.

To be able to assign values to the outcomes, the patient has to possess enough knowledge about their options and their outcomes, and be aware of his or her values. Moreover, if the values are to exert any influence on the decision, the physician needs to know about, and recognize, the patient's

values. Finally, an informed consensus can only be reached if both parties engage in a discussion about the best choice, though to create such a reciprocal process can be difficult. *Decision aids* are tools that help patients and health care personnel share knowledge, elicit values and participate in shared decision-making.

These tools are presently pinnacles in the social movement of patient participation, or more specifically, *shared decision-making*. Concrete and tangible by nature, they exemplify many of the aspirations, accomplishments, shortcomings and dilemmas within the movement. This article will describe some of their most prominent facets.

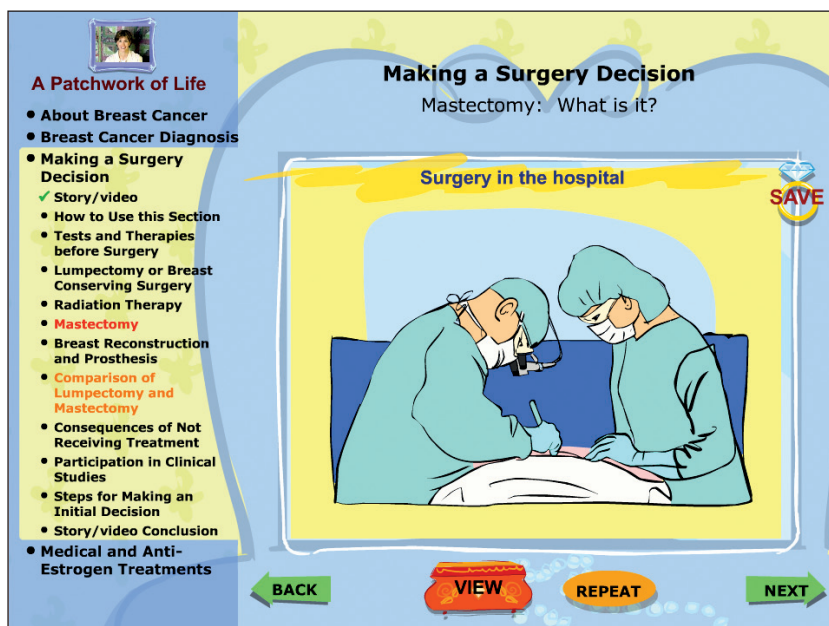
Definition of a decision aid and an introductory example

Decision aids are tools designed to support patients in making an informed and value-congruent choice in situations in which no single therapeutic action is appropriate for all patients. Patient decision aids are commonly defined as «evidence-based tools designed to prepare clients to participate in making specific and deliberated choices among health care options in ways they prefer» (2). The media type in which the decision aid is cast can be a book, a video, a pdf file or an interactive website. Decision aids should bring personalized, evidence-based information about the relevant health condition and options at hand. The knowledge conveyed should enable the patient to choose between the preference-sensitive options in the decision problem. In general, this specific, problem-solving purpose makes them different from educational materials. For the most part, their purpose is not only to solve a problem, but to further patient participation. Most decision aids are created to enhance and support a patient-clinician relationship, as opposed to being used independently by patients, e.g. browsing for information on the web. Patients can be presented with a decision aid before, during or after a clinical encounter.

Examples of decision problems

The inducement for all decision aids is a distinct and explicit decision problem. Decision aids have been developed for a long list of decision problems such as:

- The choice of antithrombotic therapy (e.g. aspirin and warfarin) for a patient with atrial fibrillation;
- Risk reduction choices (e.g. statins) for a patient with an increased risk of a cardiovascular event;
- The choice of disease modifying drugs for a patient with multiple sclerosis;



Ill. 1. Screenshot of a web-based decision aid for patients diagnosed with early breast cancer who are about to decide their treatment. The benefits and disadvantages associated with the various options are given. Ill. A Patchwork of Life: One Woman's Story.

- Whether or not to take an antidepressant for a patient with depression;
- Treatment choices for abnormal uterine bleeding;
- To try to get pregnant or not for women with diabetes who are considering pregnancy;
- To start, continue or not to have a mammogram for women 40 years and over;
- When surgery should be performed for a patient with an abdominal aortic aneurysm;
- To be screened for prostate cancer: now, never or later;
- To screen or not to screen for colorectal cancer for people between the age of 50 and 80.

This selection only represents a small proportion of the clinical circumstances in which a decision aid has been developed. A total of 246 decision aids for more than 100 conditions can be found in the Ottawa Inventory (3). The quality of each decision aid is rated according to a standardized set of quality criteria called IPDAS. The assessment is published on a web-

site in conjunction with the hyperlink to the decision aid. Decision aids were accessed over eight million times in 2006, primarily via the web, and their use appears to be increasing (4).

Evidence of effects

Decision aids fared reasonably well in the most recent Cochrane review evaluating their efficacy (2). According to the review, which includes 55 randomized and controlled trials, decision aids were found to be beneficial in three domains. First, patients who have worked their way through a decision aid know more than those who have not. They know more about their options and relevant outcomes, and they have more accurate perceptions of the probabilities of the individual outcomes. Many patients participating in the included studies changed their preferred choice once their knowledge improved, which suggests that increased levels of knowledge do matter. Second, compared to patients who received usual care, the decision aid users felt more informed about options and clearer regarding their personal values. Third, patients who have utilized decision aids were more involved in decision-making. The authors of the review suggest that patients who initially prefer to be passive might do so because they mistakenly believe that the best choice depends on the experts. This group of patients could change their strategy in favour of a more active one when they acquire more knowledge and realize that the best choice should instead be anchored to what matters most to them. Decision aids have been shown to reduce the uptake of medications and invasive surgical procedures in favour of more conservative options (5). The effects of decision aids on other outcomes such as satisfaction with the decision-making process and adherence are variable, limited or unknown (2).

Shared decision-making

The tradition of decision aids finds its roots in an ideal model of treatment decision-making labeled *shared decision-making*. The most commonly cited conceptualization defines the approach as an «involvement of both the patient and the doctor, a sharing of information by both parties, both parties taking steps to build a consensus about the preferred treatment, and reaching an agreement about which treatment to implement» (6). A doctor who participates in shared decision-making with a patient avoids the paternalistic role of «the doctor knows best», nor does the physician let the patient choose alone, like a customer picking from a menu. Shared decision-making occupies a middle ground, which should be characterized by mutuality and sharing. The model gained momentum in the 1990s, and is

closely associated with other health policies such as patient-centred care, patient autonomy, informed consent and empowerment. In sum, shared decision-making can be regarded as the patient version of evidence-based health care.

Decision aids: The ideal

The IPDAS collaboration

As the number of decision aids in different countries increased during the 1990s and early 2000s, many of the main proponents of decision aids felt that a common quality framework was needed. With the aim of achieving international quality criteria for decision aids, the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration was established in 2003. To establish the quality criteria, a multi-step consensus process was employed, involving patients, researchers, developers of decision aids and policymakers (7). The resulting checklist describes the current consensus on how a decision aid should be developed, and what it ideally should contain and achieve.

Options

There is no choice without options, and according to the IPDAS criteria the options for the health condition at stake should be listed, including the alternative of doing nothing. For every choice, the decision aid should describe the benefits and disadvantages such as any potential side effects. An ideal decision aid describes the procedures that a choice entails such as a surgical procedure. The patient should also be informed about what would happen were the disease allowed to take its natural course, without any options at hand (8).

This model for information about the decision problem («formalization») echoes classic, rational decision theory: A *state of the world* (health condition) prompts a *decision maker* (patient) to make a *choice* between different *acts*. The acts will have different *outcomes*, both good and bad.

A ruptured Achilles tendon can be used as an example. The health condition is the sad fact that the tendon is ruptured, and the patient has a limited number of options: undergoing surgery or treatment with a cast only (the patient could also choose to do nothing, but such an act would not be reasonable). If the patient chooses surgery, the risk of a re-rupture will be diminished, compared to treatment without an operation. On the other hand, surgery comes with a risk of a wound infection. Treatment with a cast will not engender any risk associated with surgery, although the patient will have to endure more weeks in the cast, and the risk of re-rupture will be permanently elevated.

Probabilities

The world is only partially controllable by humans. A patient experiencing a ruptured Achilles tendon can choose whether to have surgery or not, but whether he or she will have a re-rupture or a wound infection is by and large a matter of chance. In an ideal decision aid, the probabilities for positive and negative outcomes should not only be included, but be presented in a number of ways. Visual diagrams should be used in the decision aid, in addition to words and numbers. Moreover, the patient him- or herself should be allowed to select the way of viewing the probabilities, ideally based on their own situation. In the Achilles example, age and level of physical activity would theoretically give different probabilities for different patients. Uncertainty around the probabilities should also be described in the decision aid.

Effectiveness

An ideal decision aid ensures all aspects of informed and value-based decision-making: Decision aids should help patients make decisions that are informed and based on their personal values. An informed decision is possible when patients know their options and the features of the various options. Patients that make decisions based on values understand that their values affect their decision. Decision aids should also make it easier for patients to discuss their values with health care practitioners and to be clearer about which option features matter the most to them. Returning to the example, a patient with a ruptured Achilles tendon would gain knowledge and determination through the use of a decision aid. He/she would, for example, find that he/she is averse to the risks associated with surgery and does not value physical activity much, so therefore prefers a cast. When the surgeon enters the room, the patient feels empowered to discuss the options, and finally both agree that a cast is the best solution in this case.

Decision aids: The dilemmas

Limitations of the quality criteria

Many researchers and developers of decision aids have criticized the IPDAS quality criteria and a revision is being planned. There is a concern that the uncritical use of the criteria could stifle reasoning about the intervention among developers, and it is still unknown whether utilizing the criteria results in more effective decision aids. In the following, we will elaborate on some fundamental criticisms of decision aids and shared decision-making.

Shared decision-making and patients

Patients are generally favourable to being involved in decisions, and patient participation is an important feature of most definitions of health care quality (9), though how to proceed from this general starting point is far from clear. To begin with, no definitive consensus on shared decision-making exists (10). A systematic review identified 161 definitions, of which only the concepts of «patients values/preferences» and «options» appeared in more than half the definitions. The effectiveness of shared decision-making, defined in several ways, is also undetermined. Research is scarce and inconclusive (11), and no benefits of the approach are revealed in the context of single, acute decisions. The lack of evidence of effect might partly explain why shared decision-making is not a mainstay in clinical encounters. Research has also been conducted on how to increase the adoption of shared decision-making among health care practitioners, although no firm conclusions can be drawn (12). Supposing for a moment that effective implementation strategies will be found, applying shared decision-making indiscriminately is problematic. A significant proportion of patients prefer the paternalistic approach, and many others do not necessarily demand to feel involved. In a Swedish study about non-participation, not being provided with appropriate information during the clinical encounter was a significant aspect of non-participation. Not being listened to and a lack of recognition as individuals with individual needs and concerns were also characteristics of non-participation (13). Many patients may feel sufficiently involved when met by a respectful, interested and listening physician who welcomes the patient's contributions to the discussion.

Decision quality

By chance, bad outcomes can follow good decisions. It is therefore commonly agreed that the quality of a decision should not be assessed based on the outcome of the decision. Another increasingly problematic quality measure is patient satisfaction. For example, a patient who has low expectations can be quite readily satisfied. So what is a good decision? The IPDAS collaboration currently defines the quality of a decision as «the extent to which patients' decisions are consistent with their informed values.» Good decisions are «those that result in individuals choosing and/or receiving the health care interventions that are most consistent with their informed and considered values.» In both instances, there are two dimensions in a good decision: The patient is informed, and the choice of treatment reflects what is important to the patient. Both the knowledge and value aspect of the definition have been questioned. What kind of knowledge should the patient

have, and when is it sufficient? What are «values», and how stable are they? The current drift in the understanding of these terms makes it problematic to operationalize a measure of decision quality. Glyn Elwyn, one of the founding fathers of shared decision-making, has proposed that the critique of the existing definitions of decision quality could be met by defining decision quality as the quality of the deliberation process. According to his proposal, the availability of information and clarification of patients' values in the decision-making process could be operationalized and measured (14). Some authors claim that values and information, whether part of a process or the result, are not sufficient dimensions of quality: A decision has to be implemented to be good.

Values

Two people facing a decision on how to treat their Achilles rupture might value the possible outcomes of the options differently. To one person, the risks associated with surgery are perceived as acceptable, whereas to another risk-averse person surgery is a hazardous gamble. Different values and preferences could explain why the same illness, treatment or outcome may have a very different meaning in different peoples' lives. Values are central in the prevailing definitions of both decision aids and decision quality, although the concept appears to be increasingly problematic. To start, there is no consensus on the definition. In the literature on shared decision-making, values are sometimes defined broadly as existential values or deeply held general goals. Other authors assert that values should be defined narrowly as «the patients' attitudes about the relative desirability of each therapeutic option» (15). An even more fine-grained definition is «the relative desirability of each of the possible benefits and harms.» Second, the validity of values is no more agreed upon than their definition. There is a long-standing tradition within the shared decision-making movement that patients' values and their value judgments are valid and should not be questioned. However, values are not stable and may change over time. Values and preferences are easily influenced by the framing of information and by external circumstances (16). Additionally, peoples' stated values and what they actually choose are often inconsistent. The fluidity and malleability of human values has led some authors to argue that internal preferences should be discarded altogether in the decision-making process. One author suggests that eliciting patients' values should be replaced by economic considerations in health care situations in which there is more than one option (17). Less radically, the idea of stable values could be replaced by the assumption that values do not exist in advance, but instead are constructed. Disturbingly, it

is disputed whether patients value the offering of choices in current health care practice in the first place (18). Finally, there is little evidence that the use of decision aids and deliberating the options at hand increase the value consistency of decisions.

Personalization

Personalization includes using technology to accommodate differences between individuals and could, for example, imply an adjustment of the content and presentation of knowledge to the literacy level of the patient. The concept of personalization is often included in the definitions and descriptions of patient decision aids. Paradoxically, most decision aids are one-size-fits-all and do not include personalization features, nor the possibility for interaction whatsoever. Current web-based decision aids do not offer adaptations tailoring the content to the patients' biological and psychological idiosyncrasies: data about the individual patient on everything from blood pressure measurements to literacy level. The rapid development in information and communication technology could alter the situation, offering new opportunities for web personalization, customization and tailoring in decision aids. Adaptive hypermedia could facilitate interaction between patient decision aids, online electronic medical records and other resources. Web personalization could customize the delivery of content based on the user's knowledge level, goals and the technical platform (19). The effects of personalization techniques on patient knowledge levels, decision quality, cognitive bias and treatment adherence remain largely unexplored.

Uncertainty

Uncertainty is commonplace in medicine, and learning to manage personal and collective uncertainty is an inherent part of medical education and training. With a twist of irony, evidence-based health care has drawn attention to the considerable uncertainty that pertains to many health care interventions. Decision aids communicate the often shaky knowledge base to the patient, including both the lack of research and the role of chance. Shared decision-making therefore involves sharing uncertainty with patients who do not have any formal training in how to cope with it. Moreover, the risks and voids are presented to them in a situation in which they are personally affected and invited to participate. Potentially, the result is a considerable amount of uncertainty perceived by the patient. It might be correct that true decisions can only be made under uncertainty, though people often abhor uncertainty (16), which means that the decisions may come at

a price – a suffering and distressed patient. A reduction in uncertainty might not be achieved until patients interact with health care personnel. The scarcity of evidence and the role of chance also challenge the physician, who has to manage uncertainty, while simultaneously engendering the patient's trust and confidence (20).

Theoretical framework

Key concepts on how individuals should or actually do make decisions could potentially drive or at least guide the development of decision aids. Scientific theories about decision-making could improve the understanding of their use, as well as their reliability, uptake and effectiveness. At present, decision-making theories are most often not applied in the development of decision aids. A recent review demonstrates that 33 out of 50 decision aids do not rely on any conceptual framework, and could be considered atheoretical. Half of the remaining 17 make poor or partial use of the cited theory (21). The most frequently applied theory has been classical decision theory, which has had a strong influence on the conceptualization of medical decision-making in general. Classical theory contains a mathematical foundation for rational decisions, and takes as its basic premise that people act rationally and wish to maximize utility or value. Practical utilization of the theory is labeled decision analysis. This idealized approach to decision aids has been of limited value in the development of decision aids, and there is considerable doubt about its future usefulness (22). A number of alternative theoretical approaches have been explored, both descriptive – how people think in the real world – and prescriptive – how people should think to make the best decision. Generally speaking, the theories give an imperfect foundation for the development of better decision tools. The frameworks also pay relatively little attention to patients' emotional needs for support and collaboration with others in the decision-making process, both of which are core characteristics of real-world decision processes. In conclusion, a large theory–practice gap exists.

Bias

There is broad agreement that information provided to patients in decision aids should be as unbiased as possible. Whether bias can be avoided altogether is doubtful because of framing and ordering effects – all information has to be presented in some order, and the order might exert an influence on the decision. Even if bias in the decision aids is minimized, cognitive factors such as memory and emotions have the potential to affect the decision in a plethora of ways (23). The belief in unbiased information and the

processing of knowledge could be regarded as a powerful persuasion technique in itself. Decision aids can result in a significant change in patients' choices; one example is the substantial reduction of major elective surgical procedures in 9 of 11 trials on the effect of decision aids (5). The use of narratives – patients' stories – in decision aids is particularly debated because they are likely to be biased and could have a powerful, persuasive effect. Nevertheless, quality criteria concerning patient stories are included in IP-DAS, thereby encouraging the use of narratives.

Conclusion

Within the paradigm of shared decision-making, physicians should actively solicit the patient's preference when the proper medical decision is not apparent, such as when the choice involves a trade-off between benefits and harms, or when the outcomes of the treatment alternatives are uncertain. Decision aids have been developed to help patients acquire sufficient knowledge, clarify their values and communicate with health care personnel in such a way that a shared decision can be made. There is considerable evidence to suggest that the tools increase patients' knowledge, help clarify personal values and facilitate involvement in decision-making. Even so, considerable confusion still exists core concepts such as values, patient involvement and decision quality. Basic assumptions such as the indisputability of personal values, and the imperative communication of uncertainty to patients, are challenged. How decision aids could be personalized to fit individual patients better, and what constitutes sufficient knowledge, are other unsolved questions. The atheoretical foundation of the tools is another example of their precarious base. The utility of future empirical research on shared decision-making and patient decision aids depends on presently unaccomplished theoretical clarifications.

Literature

1. Minhas R. *Clinical Evidence*. BMJ Publishing Group, 2011 <http://clinicalevidence.bmj.com/cweb/about/knowledge.jsp> (accessed Mar 18, 2011).
2. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, Entwistle VA, Fiset V, Holmes-Rovner M, Khangura S, Llewellyn-Thomas H, Rovner D. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 (3):CD001431.
3. *A to Z inventory of decision aids Ottawa Hospital Research Institute*. <http://decisionaid.ohri.ca/AZinvent.php> (accessed Mar 20, 2011).
4. O'Connor A, Wennberg J, Legare F et al. Toward the «tipping point»: Decision aids and informed patient choice. *Health Affairs* 2007; 26:716-725.

5. *Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/74666/E87791.pdf, accessed Feb 23, 2011).
6. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44: 681–692.
7. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: Online international delphi consensus process. *BMJ* 2006; 333: 417–421.
8. IPDAS 2005: *Criteria for Judging the Quality of Patient Decision Aids*. http://ipdas.ohri.ca/IPDAS_checklist.pdf (accessed Mar 18, 2011).
9. Coulter A, Jenkinson C. European patients views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Pub Health*. 2005;15(4):355–60.
10. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;60(3):301–12.
11. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CPF, de Jong CAJ: Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 219-2.
12. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, Turcotte S. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochr Database Syst Rev* 2010, Issue 5.
13. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. Considering patient non-participation in health care. *Health Expect*. 2008 11(3):263–71.
14. Iwyn G, Elwyn B, Miron-Shatz. Measuring «decision quality»: Irresolvable difficulties and an alternative proposal. In: Edwards A, Elwyn G. *Shared Decision-Making in Health Care*. Oxford: Oxford University Press 2009: 143–149.
15. Llewellyn-Thomas HA. Values clarification. In: Edwards A, Elwyn G. *Shared Decision-Making in Health Care*. Oxford: Oxford University Press 2009: 123–133.
16. Hastie R, Dawes RM. *Rational Choice in an Uncertain World. The Psychology of Judgment and Decision Making*. Chapter 10, p 230. SAGE 2010.
17. Falit BP. Twisting the truth: tinkering with patient decision aids to reduce health care expenditures. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 2008;81(1):43–7.
18. Salmon P, Hall G. Patient empowerment or the emperor's new clothes. *JRSM* 2004;97:53–56.
19. Brusilovsky P, Millán E. User Models for Adaptive Hypermedia and Adaptive Educational Systems. In: *The Adaptive Web. Methods and Strategies of Web Personalization*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 2007.
20. May C, Allison G, Chapple A et al. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: A comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health & Illness* 2004; 26: 135-158.
21. Durand M-A, Stiel M, Boivin J, Elwyn G. Where is the theory? Evaluating the theoretical frameworks described in decision support technologies. *Pat Educ and Couns* 2008;71(1): 125-35.

22. Thomson R Decision analysis – utility for everyday use? In: Edwards A, Elwyn G. *Shared Decision-Making in Health Care*. Oxford: Oxford University Press 2009: 231–236
23. http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive_biases (accessed Mar 26, 2011).

Øystein Eiring
The Norwegian Electronic Health Library
The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
P.O. Box 7004 St Olavs plass
N-0130 Oslo
Norway
oystein.eiring@kunnskapssenteret.no

Medisinsk fagspråk – gradvis mer folkelig og forståelig?¹

Michael 2011;8: 370–82.

Pasienter har lovfestet rett på forståelig informasjon om sin helsetilstand. Det stiller blant annet krav til forståelig språkbruk hos helsepersonell. Medisinsk fagspråk har tradisjonelt vært vanskelig tilgjengelig for folk flest.

I en undersøkelse høsten 2010 ble 1 000 personer presentert for fem vanlige medisinske faguttrykk, hvert med tre alternative forklaringer, hvorav bare en var korrekt. I gjennomsnitt valgte svarerne riktig alternativ for tre av uttrykkene. Bare 13 % forstod betydningen av alle fem uttrykkene.

Det synes likevel som om forståelsen av medisinsk fagspråk er økende i befolkningen. Høyere utdanningsnivå og enklere kunnskapstilgang bidrar til dette. For leger og annet helsepersonell synes pasientenes formelle informasjons- og innsynsrett å føre til større språklig bevissthet.

Et fagspråk defineres som en «språkform som er knyttet til et fag eller en spesialitet (i vid forstand) og er i bruk blant utøvere av faget» (1). I fagspråk inngår både en *fagterminologi*, som består av et spesielt ordforråd som er knyttet til faget uansett hvem språkbrukeren er, og en *faglig sjargong* som er et «gruppespråk for utøverne eller spesialistene» (1). Fagterminologier inneholder som regel mange fremmedord.

Det er ingen klar grense mellom fagspråk og allmennspråk. De samme ord og uttrykk kan brukes i begge sammenhenger. Primærfunksjonen til et fagspråk er den interne kommunikasjonen mellom eksperter innen et fagfelt. Men i større eller mindre grad bruker gjerne ekspertene det samme fagspråket også når de henvender seg til allmennheten. Da blir forskjellen

¹ Basert på foredrag ved *Språkdagen 2010*, arrangert av Norsk språkråd 10. november 2010

mellom fagspråk og allmennspråk tydeligere. Deler av fagspråket kan være helt uforståelige for ikke-eksperter.

Behovet for et eget norsk fagspråk på de fleste fagområder kan begrunnes med behovet for å kunne kommunisere på norsk, men også med en serie andre argumenter knyttet til faglig utvikling, folkeopplysning, demokratisering, nasjonal identitet og kulturelle forhold (2). Fagterminologi er en av de viktigste kildene til fornyelse av allmennspråket.

Medisinsk fagspråk

Selv om de fleste yrkesgrupper har sin egen terminologi, har kanskje det medisinske fagspråket blitt utsatt for mer kritikk enn de de fleste andre. Dels kan det skyldes en mistanke om at språket er blitt brukt som et maktmiddel av legene, og dels at helse og sykdom er så følsomme livsområder at manglende forståelse av ord og uttrykk skaper angst og usikkerhet. Som for andre fagområder, er det imidlertid også i medisinen behov for termer som er mer presise og spesifikk enn de som finnes i allmennspråket.

Internasjonalt legespråk

Akkurat som medisinen selv, er også det medisinske fagspråket internasjonalt (3). I en verden, og en helsetjeneste, som blir stadig mer internasjonal, er det ingen ulempe at faguttrykk gjenkjennes på tvers av landegrensene.

Den folkelige fellesbetegnelsen har gjerne vært «doktorlatin». Fortsatt er både anatomiske betegnelser og diagnoser på de fleste språk dominert av ord med gresk eller latinsk opprinnelse. Hippokrates (ca 460 – ca 377 f. Kr.), regnes som legekunstens far, og de såkalte hippokratiske skrifter er grunnen til at gresk var det første europeiske språk med medisinsk innflytelse. Deretter fulgte latinen. Aulus Cornelius Celsus (ca 25 f Kr – ca 50 e Kr) var forfatter av *De medicina*, som nest etter *Corpus Hippocraticum* er det eldste medisinske verk vi kjenner, og regnes som legelatinens grunnlegger. På den tid kan vi ikke snakke om en romersk medisin, fordi de fleste leger var av gresk herkomst. Latinens innflytelse skyldtes først Romerrikets betydning, og deretter at omsorgen for syke gjennom middelalderen ble ivaretatt av kirken som hadde latin som sitt språk. Dagens norske leger har god forståelse av latinske, medisinske termer, men kunnskapen om latinsk grammatikk er dårlig, og kjennskapen til korrekte endelser o.l. er begrenset (4).

Som på andre fagfelt er det i dag påvirkningen fra engelsk som sterkest preger den medisinske språkutviklingen. Engelske ord som compliance og flow utgjør de fleste «nyord» i den medisinske terminologi.

Medisinsk terminologi

Langt på vei kan den særmedisinske terminologi defineres ut fra innholdet i medisinske ordbøker. En medisinsk ordbok tar, som andre fagordbøker, utgangspunkt i ord og begreper som er fagspesifikke og som oftest ikke finnes i en allmennordbok. En medisinsk ordbok vil imidlertid ikke inkludere vanlige ord, dersom ikke disse ordene har en spesifikk betydning i faglig sammenheng (f.eks. signifikant, tegn, toleranse, valid). Det finnes i dag fem medisinske ordbøker på norsk (5).

Oppslagsordene i medisinske ordbøker kan deles i tre hovedgrupper:

- medisinske basalfag (ord knyttet til anatomi, fysiologi, immunologi, genetik etc)
- klinisk medisin (ord knyttet til diagnostikk og behandling av sykdommer)
- helsevesenets oppbygning og funksjon (ord knyttet til profesjoner, institusjoner, prosedyrer og organisatoriske fenomener). Egen erfaring viser at det er innen den siste av disse tre gruppene at ord endres og foreldes raskest og oppdateringsbehovet er størst (5,6).

I tillegg kommer fagsjargong som sjelden finnes i ordbøker. Denne fagsjargongen benytter gjerne ord fra allmennspråket, men kombinerer disse på en fagspesifikk måte. Eksempler er «stans i mottaket», «ensenga på 501», «previsitt på toposten», «obs-posten» og «rød tur».

Forkortinger

Et spesielt fenomen i det medisinske fagspråket er den utbredte bruken av forkortinger, spesielt initialord (akronymer). Hiv og aids er etter vel 25 års eksistens så innarbeidet i norsk språk at forkortingene skrives med små bokstaver og bøyes som norske ord. KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom), som inntil nylig ikke en gang ble akseptert som forkorting i medisinske tidsskrifter, er på full fart inn i dagligtalen. Det samme gjelder bilde-diagnostiske metoder som CT (computertomografi) og MR (magnetisk resonans, oftest brukt om magnettomografi). Egne undersøkelser viser at forståelsen av medisinske forkortinger overvurderes, også blant leger (7). Forkortinger som er kjent i ett medisinsk fagområde, er ikke nødvendigvis kjent, og kan endatil bety noe helt annet, i andre fagmiljøer.

Eponymer

Parkinsons sykdom og parkinsonisme (merk: med og uten stor P), som har navn etter den britiske legen James Parkinson (1755-1824) og Downs syndrom, som har navn etter den britiske legen John H.L. Down (1828-96) er

eksempler på såkalte eponymer. Eponymer er navn og begreper som er tatt fra personnavn. Lepra kalles for eksempel Hansen's disease i store deler av verden, basert på navnet til oppdageren av leprabasillen, Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841 – 1912) fra Bergen. Det finnes mange tusen slike ord og begreper, og de brukes daglig som en viktig del av det medisinske fagspråk. Egennavn-baserte uttrykk oppstår sjeldnere nå enn før, og også bruken av dem er omstridt. Det skyldes dels at det sjelden er en person alene som kan tillegges æren for en oppdagelse, og dels at flere av de personene som har fått tilstander oppkalt etter seg viser seg å ha en tvilsom, og i blant lite ærefull historie. Mens noen mener at eponymene er en viktig del av den medisinske historie (8), mener andre at eponymene bør avskaffes (9).

Fagspråk i pasientkommunikasjonen

I medisin og helsefag er språk et verktøy ikke bare for å formidle informasjon, men også for å påvirke. Dialog betyr *gjennom ord*, og det er gjennom ord mye av diagnostikken og behandlingen av pasienter foregår.

Språklige særtrekk og tonefall hos pasienter, og oppmerksomhet overfor ikke-verbal kommunikasjon som mimikk, gir legen viktig tilleggsinformasjon (10). Pasienter har ofte særegne betegnelser på sine symptomer og plager, til dels med store lokale variasjoner. Ikke mindre enn 200 ulike norske synonymymer og dialektuttrykk for det å være slapp og sjuk er beskrevet (11).

Legens språk i møtet med en pasient må tilpasses situasjonen. Øyekontakt, stemmeleie og ordvalg har betydning for kommunikasjonen. Om målet er at alle pasienter skal kjenne seg bedre, tryggere, mer informert og mer trøstet etter en konsultasjon, må ordene velges med omhu og formidles på en hensiktsmessig måte (12). Hvordan leger kommuniserer med pasientene påvirker utfallet av en konsultasjon på måter vi ikke alltid tenker over. En norsk studie viste f.eks. at måten man presenterer risiko på, er avgjørende for pasientens valg av legemiddelbehandling (13).

Selv omtale i media betyr noe for opplevelse av alvorlighet. Jo oftere sykdommer nevnes i aviser, radio og fjernsyn, jo alvorligere oppfattes de (14). Bruk av medisinsk terminologi i stedet for folkelige begreper gjør at samme tilstand oppfattes som mer alvorlig (15). Brukes fagtermer som hypertensjon i stedet for høyt blodtrykk, erektil dysfunksjon i stedet for impotens og cerebrovaskulært insult i stedet for slag, oppfattes tilstandene som mer alvorlige enn om de mer folkelige betegnelse benyttes (16). Interessant nok viser en studie fra britisk allmennpraksis at pasientene foretrakk at legene brukte medisinsk fagterminologi fremfor folkelige begreper på sykdommene deres (17). En fagterm som tonsillitt ble forbundet med mer profesjonalitet enn begrepet halsbetennelse. Ordene som brukes i en konsultasjon, er viktige,

og den britiske undersøkelsen (17) tyder på at utstrakt bruk av folkelige begreper tolkes som at legen ikke tar tilstanden alvorlig.

Ords helbredende kraft forbindes kanskje i dag først og fremst med religiøs bønn eller mantraer i meditasjon. Men også i folkemedisinen har ordene hatt en stor betydning. I de folkemedisinske behandlingstradisjoner var det vanlig med såkalte magiske formularer, muntlige utsagn eller besvergelses. Professor Per Holck beskriver i boken *Norsk folkemedisin* (18) hvordan magiske seremonier og uforståelige ord og uttrykk ble brukt i behandlingen : «Lesningen av slike formularer skulle helst foregå med lav, mumlende stemme for å forsterke det mystiske, andaktsfulle og maniske ved maningen, nesten som om det skulle være en hellig handling.....Trylleformularenes uforståelighet forsterket inntrykket av deres deres hemmelighetsfulle kraft».

Legemiddelforskriving

Rester av denne mystikken finnes kanskje fortsatt i legemiddelforskrivingen? Tradisjonell resepskriving inkluderer et dobbeltkors etter pasientens navn. Dette leses som «deo juvante» eller «deo gratia» altså en påkallelse av Guds hjelp. Deretter følger selve ordinasjonen med latinske forkortinger (Rp, recipe, ta,). Over bruksanvisningen var det vanlig å skrive d.s.s.n., en forkortelse for latin, da, eller detur (plur. dentur), signa eller signetur (plur. signetur) suo nomine = «gi og signer med dets (legemidlets) navn» (19). Selv salgsnavn på legemidler kan knyttes til en språklig, mystisk tradisjon. Det er en påfallende bruk av bokstavene c, x og z i preparatnavn, og det er liten tvil om at effekt-assosiasjoner som knyttes til et slikt navn er viktig for produsentene (20,21).

Maktspråk?

Medisin *kunne* blitt et maktspråk, men er det ikke i følge Rolv Mikkel Blakar (22). Som eksempler på maktspråk nevner Blakar både avisspråk, politikerspråk og reklamespråk. I en sammenlikning med det teknologisk og økonomisk orienterte oljespråket, som han mener er et typisk maktspråk, konkluderer han, sikkert overraskende for noen, med at medisinsk fagspråk ikke har blitt det: «For det første, er legen totalt avhengig av rimeleg god kommunikasjon for å ha den minste sjanse til å lykkest i arbeidet sitt. Og i motsetning til oljeindustriens ekspertar som i oljesjansens første fase kunne sikre sine interesser ved å overkøye både statsmakter og media med sitt uforståelige økonomisk-teknologiske maktspråk, er legen i sin kommunikasjon med pasienten avhengig av å forstå og verte forstått.

For det andre, som profesjon og vitskap har medisin – ikkje minst for å sikre finansiering av medisinenes eiga utvikling og forskning – stått i frem-

ste rekke når det gjeld informasjons- og opplysningsarbeid og popularisering. Og i motsetning til politikarar, som ikkje sjeldan utøver reint maktmisbruk ved å bruke språket til å tilsøre og tildekke, er det mitt bestemte inntrykk at legar flest gjer sitt beste for å bruke språket slik at dei vert forstått.

For det tredje, i mindre utstrekning enn mange andre fag har medisin fått lov til å vere i fred og utvikle seg berre på sine egne premissar. «Alle» – ikkje minst media – har stilt krav om kontinuerleg å vere «oppdatert» når det gjeld medisinsk kunnskap [...] Journalistane har i liten utstrekning fungert som passive mikrofonstativ for medisinarane på den måten vi kunne observere at det mektige oljespråket i si tid fekk operere. Snarare tvert i mot, medisinarane har vorte avkravd forstålege forklaringar og framstillingar.

Endeleg er det det vesentlege forholdet at det medisinske språket aldri har fått monopol på kva for perspektiv som skal leggest til grunn for å forstå dei tema medisinen er opptatt av i si samhandling med pasienten og samfunnet. Det er typisk for utprega maktspåk at dei tilriv seg eller får monopol på perspektiv, kva for perspektiv som vert lagt til grunn og ikkje minst kva for perspektiv som vert ignorert eller stengt ute når det gjeld å gripe og forstå det området dei er meint dekke [...] Oljespråket vart eit utprega maktspåk nettopp fordi teknologi og økonomi monopoliserte perspektivet. Men medisinen har aldri lykkast i – truleg heller aldri forsøkt – å monopolisere perspektivet innanfor sitt interesseområde. Nettopp det å monopolisere og avgrense perspektiva i språket som skal gripe bestemte tema eller område er eit avgjerande kjenneteikn ved maktspåk.» (22).

Blakar understreker at hans analyse selvsagt ikke betyr at ikke enkeltleger misbruker det medisinske fagspråket som maktmiddel.

Befolkningens forståelse

«Prøvene var negative». Denne tilbakemeldingen fra legen har skapt bekymring hos mer enn en pasient. Men i medisinsk terminologi betyr dette som kjent, at blodprøver eller andre undersøkelser ikke viser tegn på den sykdommen eller tilstanden det har vært mistanke om. Slik sett er negative prøvesvar det mest positive som kan tenkes. Og samtidig viser det hvordan selv vanlige, norske ord kan brukes som spesifikk fagsjargong.

Brukermedvirkning er et uttalt mål i dagens norske helsetjeneste (23). Pasientrettighetsloven beskriver blant annet pasientens rett til informasjon. Dette forutsetter at de vanligste medisinske faguttrykkene som benyttes av helsepersonell, blir forstått av folk flest.

Hvor godt den norske allmennheten forstår det medisinske fagspråket, er imidlertid dårlig kartlagt. Vi har derfor gjennomført en undersøkelse av befolkningens tolkning av noen hyppig brukte begreper.

Materiale og metode

På initiativ fra Språkrådet gjennomførte Respons Analyse AS en spørreundersøkelse i september 2010. Ved hjelp av telefon ble et representativt utvalg av befolkningen intervjuet. Befolkningsutvalget ble trukket tilfeldig fra norske husstanders fasttelefon. I tillegg ble det trukket et tilfeldig utvalg av mobiltelefonnummer.

Svarerne ble presentert for fem medisinske uttrykk: «venepunksjon», «profylakse», «biopsi», «negativt prøvesvar» og «obstipasjon». For hvert uttrykk ble det oppgitt tre alternative forklaringer hvorav bare en var korrekt (tabell 1).

Spørsmålsformuleringen som ble brukt ved telefonintervjuene, lød slik: «Jeg skal lese opp fem uttrykk som blir benyttet innen medisin, med tre svaralternativ for hvert av dem om hva det betyr. For hvert uttrykk vil jeg at du oppgir det svaralternativet du tror er riktig». Rekkefølgen av uttrykkene og svaralternativene ble randomisert overfor svarerne.

Resultater

Det ble innhentet 1 000 svar. 49 % av svarerne var menn, 26 % var 60 år eller eldre, og 32 % hadde mer enn seks års utdanning etter grunnskolen.

Resultatet fremgår av tabell 1. I gjennomsnitt valgte svarerne riktig alternativ for 2,9 av de fem uttrykkene. 63 % hadde tre eller flere riktige svar, og kun 13 % hadde alt rett.

Det korrekte svaralternativet fikk størst tilslutning for alle uttrykkene. 80 % av svarerne valgte riktig svaralternativ for uttrykket negativt prøvesvar og 77 % for biopsi. 61 % valgte riktig alternativ for obstipasjon, mens henholdsvis 39 % og 36 % valgte riktig for profylakse og venepunksjon.

Mens 51 % av svarerne med inntil tre års utdanning etter grunnskole svarte riktig på tre eller flere spørsmål, var det 76 % av dem med minst seks års utdanning som hadde tre eller flere riktige svar. Mens 67 % av kvinnene svarte riktig på tre eller flere spørsmål, var den tilsvarende andelen 50 % blant mennene. Personer over 60 år hadde en høyere andel vet ikke-svar enn de som var yngre (9 % for negative prøvesvar, 17 % – 31 % for de øvrige uttrykkene). De over 60 år hadde også færre riktige svar enn de som var under 60 år.

Fortolkning av funnene

Fire av fem svarere valgte riktig forklaringsalternativ for uttrykkene negativt prøvesvar og biopsi, mens bare vel en tredel valgte riktig alternativ for profylakse og venepunksjon. Forståelsen av medisinske faguttrykk økte med økende utdanning, og kvinner skåret bedre enn menn. De eldste hadde færrest riktige svar.

Tabell 1. Svarfordeling på folks forståelse av fem medisinske faguttrykk med tre gitte svaralternativer. Den korrekte forklaringen er kursivert (N = 1000)

Venepunksjon	
<i>Blodprøvetaking</i>	36 %
Blodpropp	21 %
Blødning	33 %
Vet ikke	10 %
Profylakse	
Blodforgiftning	26 %
Svangerskapskomplikasjon	15 %
<i>Forebygging</i>	39 %
Vet ikke	20 %
Biopsi	
<i>Veusprøve</i>	77 %
Blodprøve	11 %
Synsprøve	4 %
Vet ikke	8 %
Negativt prøvesvar	
Prøveresultat som tyder på sykdom	13 %
<i>Prøveresultat som ikke tyder på sykdom</i>	80 %
Prøveresultat som ikke kan tydes	4 %
Vet ikke	3 %
Obstipasjon	
Tvangstanke	14 %
Fedme	10 %
<i>Forstoppelse</i>	61 %
Vet ikke	15 %

Uttrykket som ble riktig forklart av de fleste, negativt prøvesvar, kan karakteriseres som faglig sjargong. De øvrige ordene kan karakteriseres som typisk medisinsk fagterminologi. Biopsi og profylakse har gresk opprinnelse, mens obstipasjon og venepunksjon kommer fra latin.

Å bli presentert for eksplisitte alternativer øker sjansen for riktig svar. Det er i utgangspunktet en tredels sjanse for å velge riktig svar. Slik er andelen korrekte svar på uttrykkene profylakse og venepunksjon bare marginalt høyere enn ved ren gjetning. Den varierende andelen vet ikke-svar kan imidlertid tolkes som et uttrykk for at svarene bygger på en kvalifisert vurdering av alternativene. Likevel gir resultatene inntrykk av en bedre forståelse av uttrykkene enn det som kunne forventes ved en åpen spørsmålsstilling der de intervjuete selv måtte formulere sine svar.

Om de fem medisinske uttrykkene i denne undersøkelsen er representative for medisinsk fagspråk i sin alminnelighet, betyr det at bare vel halvparten av fagspråket blir forstått av befolkningen. Det må få konsekvenser for all pasientkommunikasjon.

Funnene samsvarer godt med en dansk studie. I en serie semistrukturerte intervjuer med danske tannlegepasienter ble ordene «infeksjon», «penicillin», «slagtilfelle» og «virus» drøftet. Konklusjonen var at det ble funnet en rekke fundamentale ulikheter i pasientenes og legers forståelse av disse ordene (24).

Utviklingen

I løpet av etterkrigstiden har helse- og omsorgstjenesten blitt vår største offentlige samfunnssektor. Norge brukte i 2008 i overkant av 217 mrd. kroner på helseformål, eller om lag 45 500 kroner per innbygger. Sammenlignet med andre OECD-land er det bare USA som bruker mer penger per innbygger. Nye behandlings- og omsorgstilbud skaper langt på vei nye behov, og veksten i sektoren har vært betydelig. Medisin og helsetjenester handler om mer enn å diagnostisere og behandle sykdom. Det er en bærebjelke i velferdsstaten. Sykehusene er store arbeidsplasser med økonomisk betydning og stor symbolsk verdi. Helsetjenesten er et viktig politisk område. Medisin er blitt en «vekstnæring».

Parallelt med at medisin og helse opptar stadig mer av samfunnets ressurser og befolkningens oppmerksomhet, synes også medisinske termer og metaforer å invadere hverdagslivet. Folk flest snakker om å «stille en diagnose», og å «forordne riktig medisin», om å velge mellom «pest eller kolera», om «smitteeffekter» og «åpne sår». Vi får «fnatt» (altså skabb) av ungdommens bruk av begrepet «sinnssykt», men også ansvarlige politikere snakker om «schizofrene» standpunkter.

Også de folkelige medisinordene endrer seg over tid. Det har mange årsaker, ikke minst årsaker som ligger utenfor helsetjenestens ansvar og arbeidsområde. Det som for en generasjon eller to siden, ble kalt invalid, ble til handikappet som ble til funksjonshemminger av ulike slag. Noen begreper endrer innhold på grunn av ny forståelse. Ordet *feber* hadde en skremmende klang, først og fremst av prognostiske grunner, helt frem til Den andre verdenskrig. Feber, forstått som en sykdom i seg selv, forsvant på slutten av 1900-tallet. Nå er det et symptom, men mer enn det. Feber definerer i dag en slags sykerolle med rettigheter og plikter, det legitimerer at foreldre er hjemme fra jobb og at barna ikke kan gå i barnehagen.

Pasientjournalen

Helt fra siste del av 1700-tallet har det vært ført systematiske opptegnelser over pasienters beretninger, symptomer og tegn, og legenes vurderinger av

disse, undersøkelser og behandling og ofte også utfall av sykdomsforløp. Journalen er et viktig hjelpemiddel i medisinsk virksomhet, med flere funksjoner. Den er først og fremst en informasjonskilde for helsepersonell i behandlingen av den enkelte pasient. Stadig viktigere blir journalen som dokumentasjon i henhold til lover og forskrifter. Dessuten er journalen et godt utgangspunkt for evaluering, forskning og kvalitetssikring (25).

Pasientjournalene kan være kildemateriell både for å studere objektive funn og nedtegnelser og å studere oppfatninger av sykdom og kultur (26), men også for å studere det medisinske fagspråk i seg selv. Et eksempel er litteraturprofessor Petter Aaslestad's gjennomgang av psykiatriske pasientjournaler fra Gaustad sykehus gjennom 100 år, fra 1890 til 1990 (27). Han analyserte et utvalg på mer enn 150 journaler fra pasienter som har fått diagnosen schizofreni, ut fra et litteraturvitenskapelig ståsted. Aaslestad viser hvordan legenes egne holdninger kommer til uttrykk, men konkluderer likevel med at journalene er «forbausende lojale med hensyn til hva man til enhver tid kan oppfatte som samfunnets rådende, konserverende ideologi».

De eldste journalene er kortfattede. Vanligvis står bare positive funn. Ofte står det mer om behandlingen enn om symptomer, tegn og undersøkelser. På den tiden dominerte de smittsomme sykdommene og før slutten av 1800-tallet var årsakene til disse ukjente. Derfor brukte man en klinisk inndeling basert på karakteristiske symptomer og tegn (26). Ny teknologi, nye undersøkelsesmetoder og ny behandling medførte også en ny terminologi som preger pasientjournalene. De første journalene ble rimeligvis skrevet for hånd, enten pasient for pasient, eller minst like ofte som fortløpende protokoller. Så kom skrivemaskinene og løsarksystemet, og legene benyttet diktafon. Nå dominerer elektronisk pasientjournal (EPJ).

Norske pasienters innsynsrett til egne journalnotater ble fastslått i en retts sak fra 1977. Pasientrettighetsloven fra 1999 fastslår at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (§ 3-2). Og: «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene» (§3-5).

Flere måter å håndtere journalinnsynsretten på, har vært diskutert. En journalform som ivaretar både kommunikasjonen mellom forskjellige helsearbeidere og pasientens innsynsrett er den såkalte egenjournalen som oppbevares av pasienten selv, og føres av de forskjellige helsearbeidere som er involvert i behandling og omsorg av pasienten. Den mest kjente formen

for egenjournaler her i landet er den standardiserte svangerskapsjournalen som gjerne oppbevares av den gravide selv.

Med dagens lovfestede innsynsrett er det viktig å formulere journalnotatene på en måte som også ivaretar pasientenes interesser. Uklare formuleringer, ubetenksomme anmerkninger eller uforståelig fagsjargon er ikke argumenter mot pasientinnsyn, men for bedre journaler. Utgangspunktet for ethvert journalnotat er nå at dette også vil kunne leses av pasienten selv. Det betyr selvsagt ikke at spesifikk medisinsk terminologi må unngås, men fagspråk bør i slike sammenhenger, som ellers, kun benyttes om det gir økt presisjon. En mer bevisst språkbruk i medisinske journaler tjener både kommunikasjonen med pasientene og kollegene. Det er ingen naturgitt motsetning mellom journalen som faglig dokumentasjonsbase og kollegialt kommunikasjonsforum, og journalen som informasjonsgrunnlag for pasienten (28).

En forenkling og fornorsking av det medisinske språket på den ene siden og en større allmenn forståelse av fagtermer på den annen side begrenser den uforståelige og fortsatt lukkede delen av legespråket. For denne delen må legene oppfylle sin informasjonsplikt overfor pasientene ved hjelp av «oversettelser». Og pasientene må benytte sin rett til å kreve forståelige forklaringer.

Faget og folket møtes?

Det finnes mange eksempler på at de folkelige medisinske ordene nå nærmer seg de faglige: sukkersyke blir til diabetes, hjertekrampe til angina, kunstig nyre til dialyse – også i dagligtale for folk flest. Men det interessante er at påvirkningen ikke bare er ensrettet, altså fra medisinerne til publikum. Stadig oftere «vinner» allmennheten slaget om begrepene. Vinteren 2010 forsøkte både leger og helsemyndigheter, godt assistert av landbruksnæringen, å få folk til snakke om influensa H1N1. Det ble ikke særlig vellykket. Langt inn i de infeksjonsmedisinske laboratorier dominerte begrepet svineinfluensa. De senere årene har for øvrig stadig flere av de medisinske fremmedordene fått norske stavemåter og norsk uttale og bøyningsform, ikke minst i sammensetninger. For folk flest betyr det nok lite hvilken språklig opprinnelse et fremmedord har. Det viktigste er om ordet gir mening eller ikke. Samtidig prøver fagmiljøene mer enn før å finne norske avløserord, for eksempel drepecelle (for killer cell) og etterlevelse (for compliance).

Hovedutfordringen i dag er den engelskspråklige påvirkningen. Dagens fagspråk innen de fleste akademiske disipliner og yrkesfag er sterkt preget av engelsk. Ikke minst skyldes det at engelsk er blitt nærmest enerådende som vitenskapelig publiseringsspråk. Mens det omkring 1990 ble anslått at

omtrent halvparten av alle nye vitenskapelige publikasjoner i verden var engelskspråklige, ble det allerede i 2001 rapportert at så mye som 85 % av publikasjonene var på engelsk, eller hadde engelsk sammendrag (2). Så å si enhver bransje og profesjon er internasjonal i våre dager, og presset mot et lite språk, som det norske, er betydelig. På de fleste samfunnsområder pågår det diskusjoner – og til dels kamper – om det norske fagspråket. Mange steder frykter man domenetap, dvs at norsk språk og terminologi på et fagfelt helt ut blir erstattet av engelsk.

Selv om vår undersøkelse avdekker at befolkningens forståelse av medisinsk fagspråk fortsatt er begrenset, tyder mye på at utviklingen går i riktig retning. Innslagene av allmennord i det medisinske fagspråket øker. Med økende utdanningsnivå i befolkningen forstår flere nordmenn betydningen av fremmedord som obstipasjon (forstoppelse) og tumor (svulst). At det nå er engelsk, mer enn latin og gresk, som former det medisinske fagspråk, gjør det enklere å forstå for en stadig mer internasjonalt orientert og språkkyndig befolkning. Moderne informasjonsteknologi, spesielt internettbruk, bidrar til det samme. Viktigste for utviklingen er nok likevel demokratiseringen av helsetjenesten og de formelle informasjons- og innsynsrettighetene. Det er nå bred enighet blant fagfolk om at allmennspråk skal benyttes så langt det er mulig både overfor pasienter og mellom kolleger, og at spesifikke fagtermer bare har berettigelse når de gir mer presis informasjon.

Litteratur

1. Gundersen D. Fagspråk. I: *Store Norske Leksikon* <http://lexprod.bokklubbene.no/fagspr%C3%A5k>
2. St.meld. nr. 35 (2207-2008). *Mål og mening*.
3. Wulff HR. *Lægevidenskabernes sprog*. København, Munksgaard, 2003.
4. Lindekleiv H. Norske legers forståelse av medisinerlatin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125:3437-9.
5. Nylenna M. Hvordan lages en medisinsk ordbok? *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129:2401-2. doi:10.4045/tidsskr.09.0979
6. Nylenna M. *Medisinsk ordbok*. 7. utgave. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2009.
7. Nylenna M. PLF av UF. Primærlegers forståelse av uforklarte forkortelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 1989;109:3591-3.
8. Whitworth JA. Should eponyms be abandoned? *BMJ* 2007;334:425
9. Woywodt A, Matteson E. Should eponyms be abandoned? *BMJ* 2007;334:424.
10. Steine S, Finset A, Lærum E. Pasienters ordvalg og uttryksmåter om siste konsultasjon hos allmennpraktiker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:354-7.
11. Bjørkum A, Bjørkum R, Stavem P. Orda slapp og sjuk har mange synonym og dialektuttrykk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993;113:3813-8.

12. Stolt C-M. Språk, verktøy og eld. *Läkartidningen* 2000;97:3096-7.
13. Halvorsen PA, Selmer R, Kristiansen IS. Different ways to describe the benefits of risk-reducing treatment. *Ann Intern Med* 2007;146:848-856.
14. Young ME, Norman GR, Humphreys KR. Medicine in the Popular Press: The Influence of the Media on Perceptions of Disease. *PLoS ONE* 3(10): e3552. doi:10.1371/journal.pone.0003552.
15. Norman GR, Arfai B, Gupta A, Brooks LR, Eva KW. The privileged status of prestigious terminology: impact of «medicalese» on clinical judgments. *Acad Med.* 2003 Oct;78(10 Suppl):S82-4.
16. Young ME, Norman GR, Humphreys KR. The role of medical language in changing public perceptions of illness. *PLoS One.* 2008;3(12):e3875.
17. Ogden J, Branson R, Bryett A, Campbell A, Febles A, Ferguson I, Lavender H, Mizan J, Simpson R, Tayler M. What's in a name? An experimental study of patients' views of the impact and function of a diagnosis. *Fam Pract.* 2003 Jun;20(3):248-53.
18. Holck P. *Norsk folkemedisin*. Oslo:Cappelen, 1996.
19. Gundersen G, Johannesen. *Reseptlesning og farmasøytisk nomenklatur*. Oslo: Universitetsforlaget, 1966.
20. Spigset O. Navnet skjemmer ingen. Om legemiddelprodusentenes valg av navn på sine produkter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995;115:380-3.
21. Holm S, Evans M. Aspects of drugs. Product names, proper claims? More ethical issues in the marketing of drugs. *BMJ* 1996;313:1627-9.
22. Blakar RM. Medisin, kommunikasjon, språk og (av)makt. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B red. *Makt og medisin*. Makt- og demokratiutredningens rapportserie Rapport 57, Oslo, 2003.
23. Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.
24. Falkenberg SH, Kristensen PL, Andersen A-M. Lægfolks oppfatelser af lægers ord. *Ugeskr Læger* 2004;165:152-6.
25. Nylenna M. Gode journaler er god medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 3560-4.
26. Larsen Ø. Medisinsk journalmateriale fra 1700-tallet som utgangspunkt for historiske undersøkelser. I : Lindskog BI, Zetterberg BL red. *Årsskrift 1968*. Lund: Sydsvenska medicinhistoriske sällskapet, 1968: 78-92.
27. Aaslestad P. *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890–1990*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
28. Nylenna M. Pasientjournalen – både om og for pasientene. *Tidsskr Nor lægeforen* 1992;112:1424-5.

Magne Nylenna
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St Olavs plass
0130 Oslo
magne.nylenna@kunnskapssenteret.no

Ord og virkelighet

Michael 2011;8: 383–7.

– Du kommer til å dø av et kraftig hjerneslag eller av et nytt, kraftig hjerteinfarkt, sa overlegen til meg ved en kontroll i 2010 etter mitt tredje hjerteinfarkt ca. ett år tidligere. Direkte og rett på sak og uten å legge en så mye som en plasterlapp i mellom. Her var det sannheten og kun sannheten som gjaldt.

Et øyeblikk eller to ble jeg sittende som fjetret. Dø? Jeg? Var jeg ikke nettopp reddet til livet? Og så forteller overlegen hvordan jeg kommer til å dø...

– Men vi kan utsette det med noen år, fortsatte legen. Du må ta de medisinerne vi foreskriver, du må legge om kostholdet og du må begynne å trene. Begynn jo før, jo heller. Husk at det handler om livet ditt. Bare livet ditt. Vi kan hjelpe deg et stykke på vei, men resten må du gjøre selv.

Jeg gikk ut i hverdagen og ble gående fra sykehuset til arbeidsstedet mitt og tenke. Dø? Nå? Hva hvis jeg døde nå? Hvis alt var over? Hvis ingen fikk se meg mer? Overlegen hadde jo fortalt meg hva jeg ville dø av. Var det bare å vente, eller skulle jeg gjøre som han sa – legge om livet?

Et hjerteinfarkt debuterer

Et øyeblikk vil jeg rekapitulere hendelsesforløpet: En sensommerdag jeg gikk hjem fra jobben oppover en bratt bakke ved Enerhaugen i Oslo, kjente jeg en tung og vond smerte i brystet. «Hjerteinfarkt», tenkte jeg.

Jeg kom meg til bilen og inn i bilen, inn bak rattet og startet motoren. «Vekk med smerten». Jeg hadde dårlig tid og skulle i butikken for å handle til et forestående selskap. Jeg rygget ut og kjørte. Smerten var borte.

Jeg handlet og tenkte ikke noe mer over hva som hadde skjedd. Selskapet ble gjennomført med glans og god mat, og da gjestene gikk var det med forsikringen om at vi snart skulle treffes igjen.

Vi ryddet bordet, satt alt inn i oppvaskmaskinen og gikk og la oss. Nat-
ten falt på og det ble stille der vi bodde.

Kl. 04.30 våknet jeg av at jeg måtte på toalettet; dessuten kjente jeg den
samme tunge og vonde smerten i brystet. Jeg stod opp, gikk på toalettet,
satt meg deretter i stuen og klappet katten i håp om at smerten skulle for-
svinne, men etter ti minutter var det verre enn da jeg våknet.

Jeg vekket min hustru og sa: «Du må ringe Legevakten; jeg har fått
hjerteinfarkt!» På en, to, tre og sikkert raskere var hun i telefonen på 113
og sa: «Jeg har en mann her med smerter i brystet».

Legevakten holdt kontakt med henne for å beskrive min tilstand helt til
ambulansepersonellet var på plass i leiligheten vår og foretok de første un-
dersøkelsene. Legevaktsentralen spurte ikke en gang om hvor vi bodde – alt
må ha kommet fram på skjermen ved sentralbordet.

Ambulansepersonellet tok meg med til Legevakten. Min kone fikk være
med. Etter et kort opphold i et mottakelsesrom hvor blodprøver og andre
hjerterprøver ble tatt og nitroglyserin og morfin gitt, ble jeg kjørt med blå-
lys og sirener til Ullevål universitetssykehus hvor jeg umiddelbart ble operert.

Hurtig behandling er viktig

Jeg kom direkte inn på operasjonsstuen. En spesiell teknikk gjør det mulig
å gå inn i pulsåren via håndbaken eller lysken, og kirurgen informerte meg
om at han først ville forsøke i håndbaken.

Et bedøvende stikk var alt jeg kjente. Deretter trakk legen lange instru-
menter gjennom årene fram til hjertet. Infarktets lokalisering ble tatt vare
på røntgen og jeg kunne selv følge med på hva som skjedde på en stor skjerm.
Det gjorde overhodet ikke vondt, blant annet fordi det i blodårene ikke
finnes nerver.

«Jeg skal sette inn en stent», sa kirurgen, «et lite forskalingsrør som
holder blodåren din oppe, men først skal jeg åpne opp ved hjelp av en liten
ballong». Som sagt, så gjort. Om dette var det som kalles for mikrokirurgi,
vet jeg ikke, men det var imponerende å følge med.

Etter 40 minutter var det hele over. Etter en natt på Ullevål sykehus,
kom jeg til Lovisenberg Diakonale Sykehus og fikk all verdens god pleie.
Legen der fortalte at de hadde funnet nok en tett åre på hjertet, men som
de valgte å ikke gjøre noe med fordi «blodet kanskje fant sine egne veier».

Jeg fikk fornuftige medisiner og etter seks uker begynte jeg å trene. Tre-
ning har aldri vært mitt ideal, men nå hang jeg med når fysioterapeuten
ropte oppmuntrende ord i sykehusets gymnastikksal. Selvfølgelig forsto jeg
at dette var det ikke bare mening, men dyp mening, i.

Hverdagens alvor

Så gikk dagene. Jeg trente litt og tok medisiner, begynte å spise grovt fullkornbrød, kuttet ut en del saker med fett og var nøye med å spise umettet fett fremfor mettet.

Smør på brødet har jeg aldri brukt. Alkoholinntaket er så godt som null. Og jeg har aldri røkt. Alle fordeler var på min side. Jeg begynte bevisst å spise mer frukt og grønnsaker – og det som kalles «fem om dagen».

Endelig ble det påske. Påskeaften slo et nytt hjerteinfarkt til. Den åren som var tett, slo seg vrang og et nytt infarkt var et faktum. Igjen reiste jeg til Legevakten, igjen ble jeg kjørt til Ullevål universitetssykehus – og på operasjonsbordet, mens kirurgen holdt på, skjedde det: Jeg fikk et nytt, prosedyrerelatert infarkt.

Der og da var gode råd dyre. Jeg ble «dopet» ned med Valium og morfin og nitroglyserin. Alt gikk rundt for meg. Jeg ropte og skrek og ba legene om å holde opp og bli ferdige, men de jobbet trofast og stødig og lot seg ikke affisere av hva jeg sa. De hadde en jobb å gjøre – og gjorde den.

Etter en time eller halvannen var alt over. Da jeg kom ut fra operasjonsstua trodde mine nærmeste at jeg var død, men tiden var ikke inne. Jeg fikk en god natts søvn, og neste morgen, mens min kone satt på sengekanten, kom ansvarlig kirurg som hadde utført inngrepet og fortalte at de hadde satt inn fem stenter for å åpne opp der de kunne. «Operasjonen var svært vellykket», sa kirurgen,

Jeg er takknemlig

Sett i bakspeilet er jeg uendelig takknemlig for det jeg har fått oppleve ved å få hjerteinfarkt. Det har vært vondt, ja. Men jeg var aldri redd. Jeg visste hele tiden at jeg var i trygge hender hos leger og sykepleiere på Legevakten, ved Ullevål sykehus og ved Lovisenberg. Jeg fikk all den informasjonen jeg kunne ønske meg, og mine pårørende ble det også tatt godt hånd om. Vi manglet aldri informasjon og jeg har ingen klager; snarere tvert imot.

Disse ord er derfor en takk for god hjelp, for god pleie, for adekvat informasjon, for vennlighet, omtanke og mange gode samtaler. Diakoni er et uttrykk for de gode hender og det gode hjertet; hjelp, støtte, trøst og omsorg i praksis.

Jeg tenker også i dag at jeg har ganske mye å være takknemlig for; ikke minst kontrolltiden med overlegen. Han ga meg det de i Bergen kaller for «klar beskjed». Ikke et øyeblikk tok han på meg med silkehansker. Mild i stemmen og uten noe om og med og bortforklaring fortalte han meg enkelt og greit hvordan det var og hvordan det henger sammen – og ikke minst hva jeg kan vente meg.

I ettertid har jeg filosofert mye over denne direktheten om alvorlig sykdom, og jeg har kommet fram til at jeg ikke ville ha vært den foruten. Den har fått meg til å tenke – alvorlig og lenge også over de eksistensielle ting. Jeg har laget testamente, fordelt deler av arven og ikke minst: Jeg har langt på vei lagt om livet til et sunnere liv.

En coccolikers bekjennelser

Her skal jeg fortelle noe som vil sjokkere noen: Fra jeg var 12-15 år til jeg var 45 år drakk jeg ca. tre liter Coca Cola hver dag! Jeg tør ikke tenke på hva det representerer i sukker. Det er enorme mengder som har slukket tørsten i øyeblikket, men som har gitt meg helseskader i ettertid. Det er skummel, og jeg sluttet med Cola kun ved en tilfeldighet: Jeg skulle til Richmond i Virginia på juleferie et år. Så snart fest setebeltet-skiltet var slått av i kabinen, ba jeg purseren om en, nei to, bokser Cola. – Vi har ikke Cola, men Pepsi, sa purseren. – Hmmm.... Vet du at det å tilby en coccoliker Pepsi er synd? – spurte jeg i alt mitt hovmod. – Gi meg en Ramlösa...!

Jeg fikk en Ramlösa uten sukker og tenkte samtidig at nå skal jeg benytte anledningen til å slutte å drikke Cola. Så tenkt, så gjort. Jeg er nå snart 57 år og har ikke smakt Cola siden. Det lar seg gjøre, men det koster mange smaksopplevelser og «kosestunder». Kall det gjerne «misforstått kos». Det var dypest sett det det var, men fordi vi lever helt fritt i denne delen av verden, er vi også helt frie til å ødelegge oss selv. Det er *det* som er skummelt. Jeg kommer ikke noe nærmere dette enn å sitere Søren Kierkegaard (1813-55) som sier: «*Livet leves forlengs, men forstås baklengs*». Det er kanskje ikke sagt noe sannere om det å leve.

Foruten resepter, medisiner, autoritet og avtalebok, er det de fleste leger har å tilby *ord*. Ofte underkjennes dette, og svært få leger vet nok om ordets betydning. Nå mener jeg ikke hva det enkelte ord betyr, men bruken av ordet som redskap i dialogen mellom lege og pasient.

Ord kan gi trygghet

Det er ikke noe som kan ødelegge så mye som ord, men det er på den annen side ikke noe som kan lege så mye som ord – brukt på den rette måten. «Alltid trøste», heter det. Det er viktigere enn det mange leger aner, og det læres kanskje ikke før legen selv blir pasient? Jeg vil tro mange leger da har fått seg en oppvekker i omgangen med autoriteten. Vi skal huske på at i forbindelse med alvorlig sykdom – og død – er de fleste mennesker redde. Og det er ikke noe underlig; det er jo deres liv det handler om. Men hånden på hjertet; jeg var aldri redd i forbindelse med mine hjerteinfarkt. Jeg visste hele tiden at jeg var i trygge hender. Det formidlet helsepersonellet hele

tiden. Trygghet, informasjon, trygghet, still spørsmål, få forklaringer, trygghet, spørsmål, trygghet, varme og vennlighet, trygghet...

Jeg tror at jo mer direkte og konkret legen kan være i sin omgang med pasienter med alvorlig sykdom, jeg bedre er det. Alle kan ikke gå i psykoterapi eller psykoanalyse, men alle har både rett og krav på sannferdig informasjon og god behandling. På den som behandler hviler det er spesielt ansvar til å være sann, ærlig og edruelig. Det er dumt å bli «arrestert» av sin pasient i ettertid. «Men du sa jo at det ikke var så farlig.»

Ord brukt på gal måte, uansett hvor godt det er ment, kan ha og få svært uheldige konsekvenser. Spør pasienten om hun vil overleve, så svar med bakgrunn i den kunnskap du har – og ta deg tid til å svare slik at pasienten får tid til å spørre. Og kom gjerne tilbake til spørsmålet ved nesten konsultasjon. Det er en enkel måte å skape kontakt og gi tillit på som både legen og pasienten tjener på – med andre ord en vinn-vinn-situasjon. Kan du tenke deg noe bedre?

På sporet av et nytt liv

Vi skal leve som mennesker enten vi er leger eller pasienter – og vi skal være sammen som den vi er, med skader og sykdommer, med autoritet og viten. En god mix av dette kommer oss alle til gode.

Overlegens opplysning om at «du kommer til å dø av et kraftig hjerne-slag eller av et nytt, kraftig hjerteinfarkt», har satt meg på sporet av et nytt liv. Derfor kan jeg trekke alt dette sammen i ett ord: *Takk!*

Jeg har fått oppleve både ord og virkelighet.

*Jørn-Kr. Jørgensen
Peter Møllers vei 4 A
0585 Oslo
colombocity@hotmail.com*

Kommunikasjonssvikt og arroganse i norsk helsevesen

Michael 2008;8: 388–95.

Jeg har et ønske og en drøm om at flere leger tar seg bedre tid i sitt møte med meg som pasient. Jeg vil bli sett og hørt av legen og aller helst den samme legen hver dag. Når jeg som pasient må fortelle den samme historien om igjen til de ulike legene, gjør det at sykehusoppholdet blir mer slitsomt enn det kunne vært.

Jeg ønsker å bli tatt alvorlig og bli møtt med forståelse også når jeg sier i fra om min misnøye eller er uenig med legens vurdering. Det blir dessverre en altfor lettvinnet løsning å avfeie situasjonen med at det ikke er mer å diskutere.

Jeg skulle ønske det kunne være et tettere samarbeid mellom ulike leger, sykehusavdelinger og sykehus. Med et tettere samarbeid hadde jeg sluppet å være koordinatoren. En rolle jeg egentlig ikke har krefter til å utøve når jeg først av alt er pasient

Når jeg som pasient møter helsevesenet, forventer jeg at den jeg møter sitter inne med kunnskap om meg, min lidelse og mine plager. I alle fall etter å ha snakket med meg, hørt om mine symptomer og foretatt relevante undersøkelser. Jeg forventer å bli møtt på en god måte, at legen er faglig dyktig og ikke minst møter meg på en omsorgsfull måte. Dessverre er ikke det alltid tilfellet.

Leger og andre innen helsevesenet innehar mye kunnskap, både faglig og menneskelig.

Jeg sitter også inne med viktig kunnskap; om min egen kropp og sykdom, om lover og rettigheter, om hva jeg kan forvente meg ved sykehusinnleggelse. Etter mange års erfaringer, på godt og vondt er jeg heller ikke redd for å si i fra. Ikke alle setter like stor pris på det, og jeg vet at jeg lett kan oppfattes som «en vanskelig pasient». Det er ikke alltid jeg «takker og bukker». Jeg stiller krav og forventer å bli sett og hørt.

Det å være pasient er å befinne seg i en sårbar situasjon. Jeg blir avhengig av andre personer og overlatt til deres vurderinger og avgjørelser.

Derfor er det så viktig at kommunikasjonen mellom meg og legen er god. Legen har makt og jeg som søker hjelp har behov for å bli hørt, lyttet til og tatt på alvor (1). Som pasient håper jeg på å få vite noe, få snakke med legen, helst den samme legen som dagen før. Jeg ønsker at legen snakker til meg og med meg.

Begynnelsen

Jeg arbeider selv i helsetjenesten. Jeg er rullestolbruker og har over 21 år på baken, bokstavelig talt. Jeg ble delvis lam fra brystet og ned etter en skade i 1990. Jeg har tilbrakt mange døgn på sykehus i løpet av disse årene. De alle fleste gangene har det trass i sykdom og operasjoner med påfølgende komplikasjoner, vært gode sykehusopphold. Jeg har blitt møtt med kunnskap, trygghet, omsorg og forsvarlighet. Selv når ting ikke har gått helt etter planen eller som forventet, har opplevelsen oftest vært god fordi kommunikasjonen mellom helsepersonell og meg har vært bra. Legene har tatt seg tid til å snakke med meg, både om det medisinske og ikke minst om andre aspekter ved det å være pasient; mine følelser, mine opplevelser av situasjonen og veien videre. Jeg har fått svar på mine spørsmål og opplevd å bli tatt på alvor. Jeg har blitt møtt med empati, omsorg og opplevd at legen har vært en samtalepartner. Jeg har blitt sett og hørt. Det er fundamentalt viktig for alle mennesker.

Som rullestolbruker blir det daglig store belastninger på armene og skuldrene. Over tid fører dette til slitasje og smerter. Fysioterapi og egentrening har stort sett vært med på å holde plagene i sjakk sammen med medisiner og Botox. Jeg har hatt god effekt av botoxbehandlingen jeg fikk hver tredje måned helt til effekten ikke var som ønsket. Smertene økte kraftig på, ikke bare nedover skulderbladet, men også ut i begge armene. Nevrologen jeg gikk hos, mente det kunne være forandringer i nakken som var årsaken, og henviste meg til MR og nevrokirurgisk poliklinikk med henblikk på operativ behandling i mars 2010.

Etter noen måneder med venting var jeg til MR-undersøkelse som viste progredierende prolaps.

Innleggelse

Før jeg fikk time på nevrokirurgisk poliklinikk ble smertene mye verre. Jeg fikk store problemer med høyre arm og hånd og ble undersøkt ved Oslo Legevakt, og sendt hjem med beskjed om å ta kontakt med Ullevål sykehus og nevrologisk poliklinikk påfølgende dag. Jeg så gjorde og ble lagt inn på nevrologisk avdeling i begynnelsen av oktober.

Ny MR ble rekvirert. Beskrivelsen av denne sier følgende:

«I nivå C5/C6 er det betynte påleiringer og lateral skivebukning mot høyre som gir trange forhold for høyre C6 rot. I nivå C6/C7 er det bredbasert prolaps i midtlinjene og over mot venstre. Det er trangt for venstre C7 rot. Degenerative forandringer, moderat spinal stenose. Økende prolaps.»

Jeg ble liggende på nevrologisk avdeling i 14 dager og fikk sterke smertestillende legemidler. Det ble planlagt operasjon, men samme morgen fikk jeg beskjed om at det ikke ble noe av. Det var ikke nødvendig, var beskjeden jeg fikk. Prolapset var visstnok blitt mindre. Jeg fikk ikke dette til å stemme med beskrivelsen fra MR-undersøkelsen, og ville ta det opp med nevrologen. Dette ble ganske bryskt avvist.

Jeg hadde håpet på en samtale, men fikk det ikke. Samtalen som skal være en av grunnsteinene for at jeg kan få formidlet mine følelser og tanker om situasjonen. Hvis man ser nærmere på de konflikter og problemer som daglig eksponeres i massemediens oppslag om helsevesenet vil man oppdage at det særlig dreier seg om to forhold: Mangel på kommunikasjon og mangel på ydmykhet (2).

Hva nå? Smertene vedvarte og eneste behandling var smertestillende legemidler. Jeg fikk beskjed av nevrologen om at det ikke var noe galt med nakken min, bare betennelse i muskulaturen. Det han kunne bidra med var å sende meg på rehabilitering. Dette nektet jeg, sa det ikke var aktuelt. Jeg er ikke i mot rehabilitering, men med de smertene jeg hadde, ville jeg ikke kunne nyttiggjøre meg av et slikt tilbud.

Samme kveld fortalte en sykepleier at det var søkt om rehabilitering for meg. Jeg trodde nesten ikke det jeg hørte, og håpet det i beste fall var en misforståelse. Det var det ikke. Legen hadde gått bak min rygg, og søkt meg til rehabilitering. Jeg opplevde dette som svært arrogant, følte meg overkjørt og absolutt ikke hørt. Neste dag tok jeg opp dette med legen under visitten. Da sa han at jeg ikke hadde nektet dette. Jeg protesterte, men han sa bare at det ikke var mer å diskutere. Det var rehabilitering eller hjem. Jeg «valgte» det siste og reiste hjem. Følte meg regel rett kastet ut av sykehuset og inn i et stort tomrom.

Før avreise ba jeg legen om å bli henvist til et annet sykehus for en ny vurdering.

Da fikk jeg til svar at det ikke var nødvendig, og at det ikke fantes noen nevrokirurg som ville operere meg.

Hva med smerteproblematikken min, skal jeg bare gå slik? Jeg dro hjem og gråt mine modige tårer i fortvilelse, sinne og skuffelse. Det ble en del meldinger til venner og familie i tiden som fulgte. Jeg hadde lyst til å gi opp, men jeg er ikke en person som gir opp. Men, hva nå?

Dårlig kommunikasjon og arroganse

Noen ganger skulle jeg ønske at jeg hadde med meg båndopptaker i møte med helsevesenet. Som i dette tilfellet. Det ble på mange måter legens ord mot mitt om jeg hadde nektet rehabilitering eller ikke. Uansett så burde legen tatt seg tid til å snakke med meg. Ikke bare avfeie meg med at det ikke var noe mer å diskutere. Å bli avvist på den måten gjør vondt.

Jeg trøstet meg med at fysioterapeuten var enig i min konklusjon, at rehabilitering nok ikke var det riktige tiltaket nå.

Som pasient er jeg avhengig av legen. Jeg vil bli sett og hørt, ikke avfeid. Derfor er det så viktig med god kommunikasjon. Alle er enige i det. Hva når kommunikasjonen svikter så totalt? Hvilke muligheter har jeg da?

Privat hjelp – første runde

Hvor jeg hentet kreftene fra er ikke godt å vite, men jeg klarte å mobilisere uante krefter.

Jeg ringte til en privat klinikk og fikk time der raskt. Jeg tok med meg det jeg hadde av journalnotat, MR-beskrivelser og MR-bildene på en CD. Legen jeg møtte, var forståelsesfull, lyttende og kunne ikke helt forstå hvorfor jeg var blitt behandlet slik. Han henviste meg videre til en nevrolog. Mer venting, men det er greit å vente så lenge jeg har en dato å forholde meg til og ikke bare uvisshet.

Ny runde med papirer og CD-bilder. Nevrologen jeg var hos, hadde god tid. Tid til å lytte, snakke, undersøke meg, se på bildene og konkludere. Kommunikasjonen var god, jeg ble sett, hørt og tatt på alvor. Legen mente jeg burde opereres og kunne ikke forstå hvorfor det ikke var blitt gjort da jeg var på sykehuset. Han sendte en ny henvisning til sykehuset og bad dem vurdere meg på nytt.

Noen uker senere hadde jeg time på Ullevål sykehus, på nevrokirurgisk poliklinikk. Jeg møtte opp, men fikk vite at denne timen var kansellert. Dette fikk jeg aldri beskjed om. Jeg fikk ikke snakke med noen lege, bare en sekretær som fortalte at behandlingen av meg var avsluttet!!

Fastlegen min sendte en henvisning til Rikshospitalet, og bad om at jeg fikk en fornyet vurdering der. I desember ringte jeg til Rikshospitalet for å spørre om de hadde mottatt henvisningen. Jeg fikk til svar at den var sendt tilbake til Ullevål fordi de nå er samme sykehus, og de kan ikke undersøke eller behandle meg siden jeg bor i Oslo og dermed hører til Ullevål. Alternativet jeg fikk oppgitt var Bergen eller Tromsø.

Hvorfor skal ting være så vanskelig, og hvorfor er det jeg som må finne ut hvilke veier jeg skal gå? Og ikke minst: hvorfor svikter kommunikasjonen så totalt på flere områder?

Privat hjelp – andre runde

Jeg oppsøkte nok en privat klinikk og fikk time hos en nevrokirurg. Nok en gang hadde jeg med meg bilder og papirer. Legen her vurderte også MR-bildene, og mine utfall i armene. Han konkluderte motsatt av Ullevål sykehus. Han kunne ikke se at prolapsen som ble vist på MR i juni hadde blitt mindre. Han sa at han ville operert meg, men turde ikke gjøre det på sin klinikk fordi jeg har tilleggskomplikasjoner med bl.a. hyperallergi. Det har de liten mulighet til å takle på en god måte hvis det skulle oppstå problemer.

Jeg lurte på om legene på Ullevål har sett de samme bildene og beskrivelsene som legene ved de to private klinikkene

Nevrokirurgen ved den private klinikken sendte nok en henvisning til Rikshospitalet. Jeg krysset de fingrene jeg fortsatt hadde noe følelse i, og håpet at denne ikke kom i retur. Det gjorde den ikke. Endelig fikk jeg time på poliklinikken til ny vurdering.

Rykker tilbake til start

Legen på Rikshospitalet mente jeg hadde en prolaps som kunne bli bedre med kirurgi, men før han ville gå så drastisk til verks, ville han at jeg skulle ha en preoperativ nevrologisk undersøkelse hos nevrolog på Akershus universitetssykehus (Ahus) som nå var blitt mitt lokalsykehus. Han ville også at jeg skulle ta en ny MR-undersøkelse.

Greit nok, bare det kunne gå raskt. Jeg var lei av min kanossagang og venting. Dette har tæret på tålmodigheten og humøret. Jeg har et liv jeg skal leve!

Legen lurte på om jeg noen gang hadde blitt utredet for betennelsestilstand i ryggmargen. Jeg gjorde meg «dum» og spurte hva han tenke på da? MS, var svaret han kom med, kort og kontant.

Jeg jobber med rehabilitering av MS pasienter, og vet med meg selv at de symptomene jeg har, ikke stemmer med MS, men sa ikke noe. Konsultasjonen var over. Mer venting, tålmodigheten ble nok en gang satt på prøve.

Etter en god stund fikk jeg beskjed om at jeg var satt opp til MR-undersøkelse ved Ullevål sykehus. Det var lang ventetid, tid jeg ikke hadde. Jeg kontaktet selv et privat røntgeninstitutt og de kunne gi meg time raskere. Jeg kontaktet Ullevål og ba dem sende henvisningen til røntgeninstituttet. Det går ikke. Det må Rikshospitalet gjøre. Nye telefoner. Rikshospitalet sa at det er Ullevål sykehus som må sende henvisningen videre. Jeg ba dem ordne opp seg i mellom. Nå var det ikke min jobb å være mellommann lenger.

MR blir unnagjort. Fra nakken til halebeinet. Konklusjonen ble den samme som tidligere; progredierende nakkeprolaps. I tillegg hadde jeg fått

en ny diagnose: Myelomatose! Legen på Ullevål sykehus hadde slurvet med henvisningen og jeg var blitt forvekslet med en annen pasient. Da jeg tok opp dette med legen, gjorde han det eneste rette: beklaget, ba masse om unnskyldning og jeg så at han var oppriktig lei seg.

Etter masing fra både meg og min fastlege kom jeg til nok en nevrolog. Denne gangen på Ahus. Han reagerte på at jeg var blitt henvist dit, siden jeg allerede har vært til utredning hos noen av landets beste nevrologer og nevrokirurger, som hadde konkludert med at mitt prolaps burde behandles kirurgisk. Han sendte meg tilbake til Rikshospitalet.

Nye telefoner og mer masing. Rikshospitalet har ikke mottatt noen ny henvisning fra Ahus. Jeg må ringe Ahus på nytt og be dem nok en gang sende henvisningen til Rikshospitalet. Omsider får jeg bekreftelse på at denne er mottatt. Jeg blir forespeilet innleggelse for operasjon i slutten av august ! Dette var i begynnelsen av april!

Jeg ba om en forklaring. Fikk til svar at det er lange ventelister.

Jeg forsøkte å mobilisere ny krefter. Krefter jeg egentlig ikke hadde.

Jeg gjorde det jeg vet jeg kan. Jeg skrev brev!

Jeg skrev til legen jeg møtte på Rikshospitalet og inntakskontoret der. Jeg ba om en forklaring på hvorfor jeg må vente så lenge. Spurte om på hvilket grunnlag prioriteringene er gjort. Jeg siterte fra en veileder Norsk nevrologisk forening har laget for nakke- og ryggproblematikk. I Helsedirektoratets prioriteringsveiler fant jeg også gode argumenter.

Jeg skrev videre:

«Det har nå gått ett år fra jeg var hos nevrolog ved Ullevål sykehus og det ble tatt mistanke om nakkeprolaps. Jeg har så langt vært utredet flere steder og det har blitt konkludert med at operasjon for mine plager er nødvendig og hensiktsmessig, både på Volvat, Oslofjord klinikken, hos dere og sist på Ahus.

Jeg kan på bakgrunn av ovennevnte ikke se at det er tatt hensyn til alvorlighetsvilkåret når jeg må vente i ytterligere 4 måneder før jeg kan få hjelp. Min livskvalitet er allerede betydelig nedsatt og redusert fordi den aktuelle helsehjelpen har blitt utsatt. Jeg har store problemer med å mestre hverdagen min på grunn av de plagene jeg har.

Det må nå tas hensyn til mine individuelle forhold og tidsaspektet må vurderes i forhold til dette. Jeg har progredierende motoriske symptomer, symptomene har vart lenge (over ett år), smerte- intensiteten er stor og jeg får ikke nok smertelindring av de medisinene jeg nå bruker og jeg opplever betydelig funksjonssvikt.»

Brevet hjalp. En uke etter at jeg sendte det fikk jeg beskjed om at jeg skal legges inn i begynnelsen av juni! Jeg har ventet lenge, og en drøy måned til vil jeg alltid klare.

Endelig

Jeg er ressurssterk, jeg har et bra nettverk som støtter meg, og jeg vet om alternativer jeg kan benytte når det offentlige helsevesenet svikter. Å kjenne litt til lover, regler og rettigheter er heller ingen ulempe.

Gjennom denne kasteball-prosessen har jeg fått smake på yttergrensene av hva jeg kan tåle. Jeg har følt meg liten og sårbar. Det er sagt at man skal være bra frisk for å være syk, og det er langt på vei riktig.

Jeg har funnet styrke til å stå opp og stå på. Jeg har fått krefter jeg ikke ante jeg hadde. Jeg har hatt gode støttepersoner rundt meg. Ikke alle har det. Hva med dem når ting svikter? Jeg skremmes av tanken på alle de som ikke får den behandlingen de skulle eller burde hatt fordi helsevesenet svikter.

Kommunikasjonen svikter. Kommunikasjonen mellom lege og pasient, mellom ulike leger og mellom ulike sykehus. Det burde ikke være slik. Det kan vel alle være enige i. Det er bare det at det er slik. Jeg er ikke noe unikt tilfelle. Jeg er bare en av dem som tør å stå fram og si i fra. Det kan godt være jeg blir upopulær i enkelte kretser, men det får så være. Jeg kan tåle å bli karakterisert som vanskelig pasient også. Jeg kan tåle at leger gjør feil, men da må de også være tøffe nok til å innrømme feilene og ikke tviholde på sin ufeilbarlighet, og møte meg med det jeg opplever som arroganse.

Operasjonen på Rikshospitalet har vært vellykket. Det var utrolig å våkne etter operasjonen og kjenne at jeg hadde følelse i tommel- og pekefinger på høyre hånd! Smertene jeg har hatt utover i armene er nesten borte. Fortsatt mangler jeg en del kraft i armene, men jeg har alt i alt blitt mye bedre. Formen er på stigende kurs. Ikke minst kan jeg se fram til å begynne å jobbe igjen.

Denne prosessen har tatt over ett år. Det burde tatt noen uker. Prosessen har kostet. Om ikke blod, så i alle fall svette og tårer. Det har også koster penger, ikke bare for meg, men også for samfunnet. Det er kostbart å la folk gå på sykepenger. Medisiner og undersøkelser koster også. Men igjen; den dyreste kostnaden er den menneskelige.

Å være pasient er å befinne seg i en sårbar rolle. Plutselig blir kontrollen over eget liv på mange måter overlatt til andre. Jeg mister kontrollen og er egentlig lite villig til å overlate den til andre. Relasjonen til helsepersonell blir en maktrelasjon der jeg er den letteste på vektskåla. Jeg har lite å si i forhold til ulike beslutningsprosesser og det er «legen som vet best».

Nå er jeg heldigvis en ressurssterk person som tør å si ifra når noe ikke fungerer, men det koster tid og krefter. Det siste året har vært fylt med tårer, sinne, fortvilelse og stor følelse av håpløshet. Jeg har mange ganger hatt følelsen av å stange hodet i veggen. Jeg har hatt lyst til å filleriste enkelte leger. Når jeg i ettertid nærmest kan triumfere med et «hva var det jeg sa», har det gjort mye av kampen verd å kjempe. Ikke bare har jeg kjempet for meg selv, men også hatt et håp om at jeg kjempet for andre.

Litteratur

1. Eide H, Eide T. *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
2. Skavlan J. *Frisk nok for livet*. Oslo: Pantagruel forlag, 2002:12.

Anne-Margrethe Nyhus
Dr. Dedichensvei 48
0675 Oslo
am-nyhus@online.no

Det norske medicinske Selskab i virksomhetsåret høst 2010- vår 2011

Michael 2011;8: 396–403.

Det norske medicinske Selskab (startet som medisinsk leseselskap i 1826 og formalisert som forening i 1833) har gjennom hele sin virksomhet hatt formidling av medisinsk viten som et hovedanliggende. Regelmessig møtevirksomhet har vært kjerneaktiviteten, foruten medisinsk tidsskriftutgivelse som har pågått fra 1840 til 1972 og fra 2004. I denne artikkelen benyttes virksomheten i studieåret 2010-2011 som eksempel på hva Selskabet beskjeftiger seg med.

Det norske medicinske Selskab ser som sin oppgave å formidle medisinsk kunnskap på ulike måter. Slik har det vært helt siden medisin som vitenskapelig fagområde var noe nytt i Norge i første del av 1800-tallet (1).

*Kortversjonen av Selskabets historie er at det har sin opprinnelse i et medisinsk leseselskap (2) der medlemmene sendte aktuell litteratur på sirkulasjon seg imellom. Dette leseselskapet ble opprettet i 1826 og gikk over til å bli en forening i 1833 (3-5). Selskabet konkurrerer således bare med studentenes *Medicinerforeningen*, stiftet 1829 (6,7), om å være den eldste medisinske forening i Norge med fortsatt virksomhet.*

*Etter at Den norske lægeforening ble stiftet i 1886, fordelte oppgavene seg mer og mer slik at Lægeforeningen tok seg av fagforeningsaspektet, mens Det norske medicinske Selskab fortsatte som forum for medisinske og helsepolitiske debatter og en arena for øvrig formidling av medisinske kunnskaper (8). Selskabet ga ut *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* i hele 99 år – fra 1840 til 1939. Møtene i Selskabet ble vanligvis referert i Magazinet, som ble Norges førende medisinske tidsskrift. Fra 1881 fikk det imidlertid konkurranse fra *Tidsskrift for praktisk Medicin*, som fra 1888 ble overtatt av Legeforeningen og ble til *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (senere *Tidsskrift for Den norske legeforening*) (9). I 1939 gikk Magazinet inn i *Nordisk Medicin* som var et prestisjetungt, nordisk fagtidsskrift som ble sendt ut til*

Selskabets medlemmer inntil 1972. Da fortsatte det som et helsepolitisk tidsskrift inntil det opphørte i 1998 (10,11)

Siden 1970-årene har Selskabets aktivitet i hovedsak vært basert på foredragsmøter, seminarer og andre former for faglig kommunikasjon. En av ulempene ved dette har vært at aktiviteten i størst grad har vendt seg mot de medlemmene som rent praktisk har hatt anledning til å legge vekk andre gjøremål og delta i dette, hvilket naturlig nok har gjort utslag på medlems-tallet. Fra og med 2004 er imidlertid publikasjonsvirksomheten gjenopptatt med tidsskriftet *Michael Quarterly*, som nå både utgis på papir og er fritt tilgjengelig på nettet, foreløpig riktignok med unntak for årgang 2004, der nettpubliserings er under arbeid høsten 2011.

Fra 1935 til 2006 holdt Selskabet til i den sant nok elegante, men svært tungdrevne, spesialbygde Drammensveien 44. Fra 2006 har Selskabet avholdt sine møter i den forhenværende kvinneklinikkbygningen på det gamle Rikshospitalet, den såkalte Domus & Medicus, Pilestredet Park 7, 0176 Oslo (11). I Domus & Medicus holdes også de fleste arrangementene, og deler av Selskabets nyere arkiv oppbevares der.

Selskabets eldre arkiv er overført til Riksarkivet, mens de siste års arkiver (korrespondanse m.v.) oppbevares av sekretæren. Selskabets regnskapsfører, som fra og med siste halvår 2010 er Hadeland Regnskap BA, boks 2712 Brandbu v/ Janicke Fjeldstad Jensen, oppbevarer de siste års regnskapsdokumenter. Revisor er firmaet Crowe Horwath, Gjøvik.

Boksamlingen, Selskabets malerisamling, og flygelet, som var en gave til Selskabet fra Nyegaard & Co.A/S ved innflyttingen i Drammensveien 44 i 1935, befinner seg nå (2011) også i Domus & Medicus.

Det norske medicinske Selskab hadde i forretningsåret høsten 2010 til våren 2011 postadresse ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, boks 1130 Blindern, 0318 Oslo (styrelederens arbeidssted). Selskabet har i 2011 ca. 270 medlemmer. Kontingenten er kr. 250,- som også innbefatter abonnement på tidsskriftet *Michael Quarterly*.

Styret

Styret for Selskabet besto i forretningsåret 2010-2011 av Cecilie Daae, Stein A. Evensen, Arvid Heiberg, Per Holck, Frøydis Langmark, Øivind Larsen (styreleder) og Magne Nylenna.

Selskabet forvalter Dr. Alex. Malthes legat til beste for yngre leger, Dr. Chr. Sandborg og hustru Fanny f. Delagénières legat, Gillums legat, Læge Theodor Rolls Legat og Medicinerkvartettens fond. Styrene for disse legater består av de samme personer som Selskabets styre.

Tidsskriftet *Michael Quarterly*

Michael er Selskabets tidsskrift. Fra 2010 er det formelle, fullstendige navnet *Michael Quarterly*. Tidsskriftet legges ut på nettet i fulltekst (www.michaelquarterly.no eller www.dnms.no) Årgang 2011 er tidsskriftets 8. årgang.

Michael Quarterly er i forretningsåret 2010-2011 kommet ut med tre ordinære hefter (3/2010 *Lessons from history*, 4/2010 *Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus* og 1/2011 *Tsjernobylulykken 1986*) Forretningsårets fjerde utgivelse (*Michael* 2/2011) *Fra utpost til utland* ble utsendt 15. juni 2011.

Redaktører (2010-2011) har vært Øivind Larsen og Magne Nylenna (valgt for 2010-2012), med Astrid Nylenna som redaksjonssekretær. Redaksjonsrådet (2010-2011) har bestått av Cecilie Daae, Stein A. Evensen, Christoph Gradmann, Arvid Heiberg, Per Holck og Frøydis Langmark (valgt for 2011-2012).

Møteaktiviteter

Kjernen i møtevirkosomheten har bestått i kveldsmøtene, tradisjonelt onsdager 1915-2100, men det har også vært varianter. Programmet var slik:

Onsdag 25. august 2010

DnmS var medarrangør for et lukket forskningsseminar på Soria Moria: *Drugs in a changing society: Infections and the use of antibiotics in the Baltic region 1989-2009*. 10 deltakere (figur 1). Enkelte av innleggene er publisert i *Michael Quarterly* (12-14).

Onsdag 22. september 2010

Medlemsmøte: Arild Bjørndal (Oslo): *Kunnskapsbasert helse-og velferds-politikk*. 11 tilstede.

Onsdag 20. oktober 2010

Medlemsmøte: Dag Undlien (Oslo): *Helgenomsekvensering*, Anne Forus: *Bioteknologiloven*, Berge Solberg: *Evaluering av bioteknologiloven ved befolkningsundersøkelse*. 22 tilstede.

Onsdag 17. november 2010

Medlemsmøte: Even Lærum (Oslo): *Hva er en god ryggkonsultasjon?* 19 tilstede.



Figur 1: Seminar på Soria Moria om antibiotikabruk i Baltikum. Foredragsholderen er dr. Guntis Kilkuts, Riga. (Foto: Øivind Larsen)

Onsdag 8. desember 2010

Medlemsmøte (julemøte): *Universitetet i Oslo 200 år i 2011*. John Peter Collett og Jan Eivind Myhre. 40 tilstede, 38 på etterfølgende julemiddag på Peking Schezuan, Munchs gate 3, Oslo, sponset av Selskabet.

Tirsdag 14. desember 2010

Gjesteforelesning og medlemsmøte (på Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, kl. 1200): Iris Borowy (Rostock/Paris): *The League of Nations Health Organisation's approaches to Global Health*. (Publisert i *Michael Quarterly* 3/2011 (15)). 20 tilstede.

Mandag 10. januar 2011

Lukket aktørseminar i Det norske Videnskapsakademi: *Tsjernobylulykken 1986*. 20 deltakere og to tekniske medarbeidere tilstede. Referat fra seminaret er publisert som *Michael* 1/2011 (16,17).



Figur 2: Ekskursjonsdeltakere fra Det norske medicinske Selskab og Stiftelsen nasjonalt medisinsk museum utenfor European Molecular Biology Laboratory 8. april 2011 (Foto: EMBL)

Onsdag 9. februar 2011

Medlemsmøte: Magne Nylenna: *Nasjonal helseplan*. 21 tilstede.

Onsdag 9. mars 2011

Medlemsmøte: Pål Zeiner og Heidi Aase: *ADHD*. 20 tilstede.

Onsdag 6. april 2011

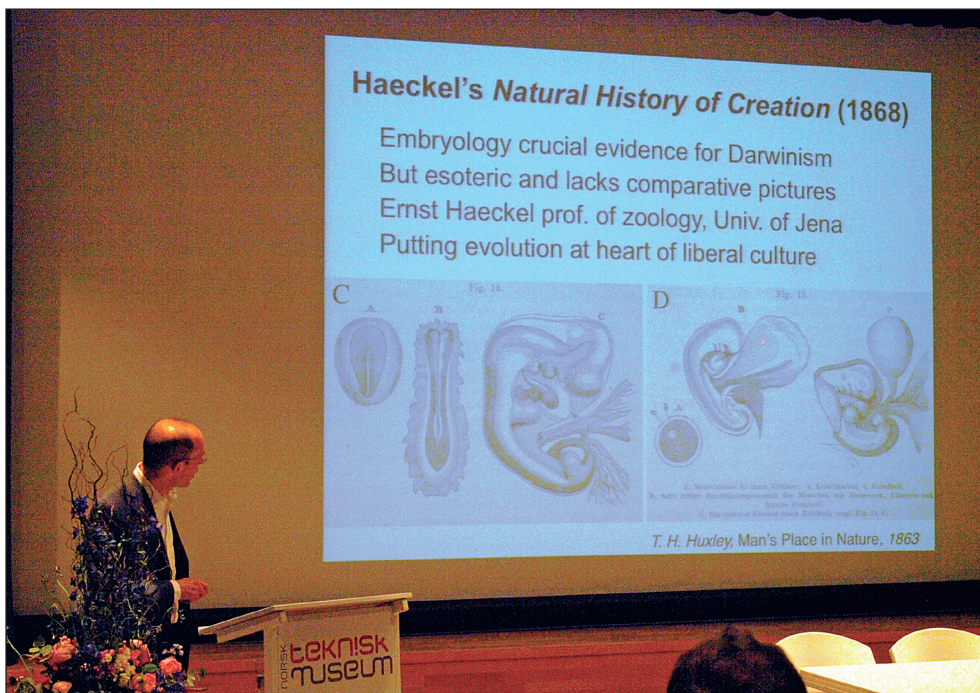
Medlemsmøte: Erik Kreyberg Normann: *Fremtidens spesialistutdanning*. 15 tilstede.

Torsdag 7. til søndag 10. april 2011

Ekskursjon til Heidelberg. Viktigste programposter: Besøk på *EMBL* (European Molecular Biology Laboratory) (figur 2) og *Sammlung Prinzhorn* (Psykiatrisk kunst). 22 deltakere. Samarbeidsarrangement med Stiftelsen nasjonalt medisinsk museum.

Onsdag 11. mai 2011

Medlemsmøte og årsmøte. *Biografers tilgang til taushetsbelagte helseopplysninger*. Forskningsetiske synspunkter ved professor Stein A. Evensen.



Figur 3: Medisinhistoriekonferansen bød på en lang rekke meget interessante innlegg. Her sees key-note speaker Nick Hopwood som under tittelen «Pictures of embryos and charges of fraud» fortalte om hvordan Ernst Haeckel (1834-1919) gjennom sine tegninger som viste en slående likhet mellom dyrefostre og menneskefostre, grep dypt inn i darwinismen og samtidens evolusjonsdebatt. (Foto: Øivind Larsen)

Fra biografens synspunkt ved historiker og professor emeritus ved Universitetet i Oslo Hans Fredrik Dahl. (ca 40 tilstede)

Selskabet var dessuten medarrangør for 23. nordiske medisinhistoriske kongress, som fant sted på Norsk Teknisk Museum 25.-27. mai 2011 med 67 deltakere (figur 3).

Økonomi

Selskabet har en forholdsvis stabil og god økonomi som det driver sin virksomhet innenfor. Kapitalinntekter er viktige for driften, likeledes at man stort sett for tre av de fire, årlige utgivelser av *Michael Quarterly* sørger for eksternt støtte. Det arbeides med å øke abonnenttallet.

De legatene som Selskabet forvalter gir riktignok Selskabet en kanal for påvirkning av medisinsk forskning, men slik dette har utviklet seg med dels

liten grunnkapital og stadig mer kompliserte, pålagte forvaltningsrutiner, er legatene blitt et praktisk problem.

Den 26.5.2010 ble det således sendt søknad med dokumentasjon til Stiftelsestilsynet om å slå sammen Læge Theodor Rolls legat, Dr. Chr. Sandborg og hustru Fanny f. Delagénières legat og Medicinerkvartettens fond med Alexander Malthes legat til beste for yngre leger. Begrunnelse var at de tre førstnevnte fond er så små at kapitalen simpelthen spises opp av gebyrer og omkostninger. Denne anmodningen kunne ikke godkjennes av Stiftelsestilsynet. Arbeidet går derfor videre med å finne andre muligheter til å slå sammen, eventuelt avvikle de små, ikke bærekraftige fondene.

Mot nye arbeidsformer – men hvordan?

Allerede i de første lovene fra 1840 heter det at «Det medicinske Selskabs Hovedøiemed er at virke til lægevidenskabelig Uddannelse» (3). Dette formålet har Selskabet fortsatt. Det gjelder bare å finne den riktige nisje for virksomheten. I de første årene på 1800-tallet var praktiske diskusjoner av arbeidet mot smittsomme sykdommer, især koleraen, viktige. Senere kom helsepolitiske debatter og diskusjoner om studieplaner – hvordan skulle en lege være? Helt opp til moderne tid var Selskabet arena for å legge fram vitenskapelige arbeider som så senere ble publisert i f. eks. *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* eller i *Nordisk Medicin*.

Da publikasjonsvirksomheten ble tatt opp igjen i 2004 i form av *Michael Quarterly*, ser det på bakgrunn av de erfaringene vi hittil har gjort, til å ha vært et gunstig grep, og især ved å gjennomføre utlegging i fullversjon på nettet.

Styret ser imidlertid med bekymring på tradisjonen med kveldsmøter, idet yngre kolleger og andre interesserte i dag bare har begrensede praktiske muligheter for å delta i dette, uansett hvor relevant møteprogrammet måtte være. Pendling, familieforpliktelser og konkurrerende aktiviteter gjør det vanskelig. Det arbeides imidlertid kontinuerlig med å finne den mest egnede formen for Selskabets virksomhet.

Litteratur

1. Larsen Ø. Det norske medicinske Selskab som kunnskapsformidler. *Michael* 2008;5:96-101.
2. Et lægevidenskabeligt Journal-Læseselskab i Christiania. *Eyr* 1827;2:77-9.
3. *Love for «Det norske medicinske Selskab i Christiania»*. (Christiania 184-?) (Sannsynligvis det vedtatte utkast utarbeidet av Chr. Heiberg, A.C. Conradi og Chr. Boeck fra 1840.)
4. Hald (JK). *Det norske medicinske Selskab i Christiania*. Christiania: Det Steenske Bogtrykkeri, 1883. (Særrykk av *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Rekke III, bind 13.)

5. Grøn F. *Det norske medicinske Selskab 1833-1933*. Oslo: Steenske Boktrykkeri Johannes Bjørnstad A/S, 1933.
6. Skaar T. *Medicinerforeningen gjennom 100 år: 1829-1929*. Oslo: 1929.
7. Medicinerforeningens Bestyrelse. *Medicinerforeningens Historie: med et Tillæg indeholdende de bedste Medicinersange*. Kristiania: Medicinerforeningen, 1883.
8. Holst PM. *Det norske medicinske Selskab 1933-1958*. Oslo: Grøndahl & Søns Boktrykkeri 1958.
9. Nylenna M. Scientific literature and the shaping of a medical profession in Norway. S. 229-57 i: Larsen Ø. (red.) *The shaping of a profession*. Canton MA: Science History Publications/USA, 1996.
10. Larsen Ø. Det norske medicinske Selskab og Den norske lægeforening. Visjon eller hvit elefant? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 4458-61.
11. Larsen Ø. Det norske medicinske Selskab og dets kunst. *Michael* 2006; Supplement 5: 89-97.
12. Sandberg KI. Health and politics. *Michael* 2011; 8: 251-7.
13. Salaks J. The marketing of medications in Post-Soviet Latvia. *Michael* 2011; 8: 258-69.
14. Siem H. Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region. *Michael* 2011;8:270-94.
15. Borowy I. International health work: the beginnings. *Michael* 2011; 8: 210-21.
16. Larsen Ø, Evensen SA, Gradmann C. Tsjernobylylykken og Norge – katastrofe eller lærepenge? *Michael* 2011; 8: 5-18.
17. Larsen Ø, Evensen SA, Gradmann C. (red.) Tsjernobylylykken 1986 – hvordan reagerte norske myndigheter og fagmiljøer i dagene og månedene etter 26. april 1986? *Michael* 2011; 8: 19-143.

Øivind Larsen
 professor
 (styreleder for Selskabet)
 Universitetet i Oslo
 Institutt for helse og samfunn
 oivind.larsen@medisin.uio.no

«The medium is the message»

Michael 2008;8: 404–5.

Coupland D. *Marshall McLuhan: You Know Nothing of My Work!* New York: Atlas & Co, 2011. 216 s. ref. Pris: USD 24. ISBN 978-1-935633-16-7.

21. juli 2011 var det 100 år siden den kanadiske professoren og medieteorikeren Marshall McLuhan (1911-80) ble født. Han skapte begrepene «global village» og «the medium is the message» og ble nærmest et ikon i sin tid. McLuhans liv er beskrevet i flere biografier, men i forbindelse med årets jubileum har en «annerledes» bok blitt publisert.

Tittelen på boken henspiller på en episode i Woody Allens film *Annie Hall*. Woody Allen og Diane Keaton står i kinokø og diskuterer med en person som hevder å undervise i mediekunnskap og ha god innsikt i McLuhans teorier. Da dukker Marshall McLuhan opp i egen person og sier: «You know nothing of my work. How you ever got to teach a course on anything is totally amazing».

Så enkel å forstå var McLuhan kanskje heller ikke bestandig. Men knapt noen har betydd mer for oppfatningen av media og kommunikasjon i det 20. århundret. Han var en slags brobygger mellom den gamle og den nye tid, mellom ulike kommunikasjonsepoker, fra Gutenberg til Internett. Nett-revolusjonen har medført ny interesse for McLuhans arbeider.

Douglas Coupland bruker mye plass på personen Marshall McLuhan, hans bakgrunn, familie, utdanning, katolske tro og endatil hans medisinske tilstand. Boken begynner nemlig med en beskrivelse av en vaskulær anomali i McLuhans hjerne. McLuhan hadde mange mindre cerebrale insulter, ble operert for en hjernesvulst høsten 1967, og fikk på slutten av livet et hjerreslag som gjorde at han verken kunne lese, skrive eller snakke.

Marshall McLuhan var en kontroversiell person hele livet. Coupland beskriver ham nærmest som autist. Han var avhengig av strenge daglige

ritualer og hadde en atferd som var påfallende fra tidlig av. I hvilken grad eksentrisiteten kan tilskrives hans nevrologiske lidelser kan det bare spekuleres i. I hvert fall var han en original tenker. Han var opptatt av medienes innflytelse på enkeltindivider og konsentrerte seg rimeligvis mye om sin tids nye medium, fjernsynet. Og han var langt forut for sin tid.

Allerede for femti år siden var informasjonsoverfloden et tema. «..understand your world and detach from it, or be drowned by it. The world is understandable; too much information makes it feel like it isn't. Look for patterns. Invert your biases»

McLuhans hovedverk *Understanding Media* ble utgitt i 1964. Her skrev han bl.a. «...content of all electronic media is insignificant; it is the medium itself that has greater impact upon society». «The content of a medium is always another medium».

Douglas Coupland, selv mest kjent for romanen *Generation X*, har skrevet en kortfattet og særegen bok som i form og innhold reflekterer McLuhans spesielle liv og virke. Det har blitt en leseverdige blanding av fakta, sitater og nærmest collagepregede innslag av nettsteder og digresjoner.

Magne Nylenna

magne.nylenna@kunnskapssenteret.no

Medisinhistorisk på Voss

Michael 2011; 8: 406–9.

Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum arrangerte 14.-16. juni 2011 en medisinhistorisk ekskursjon til Voss. Hovedpunktet var besøket i professor Ole Didrik Lærums private medisinske museum som han har bygd opp i tilslutning til den gamle doktorgården, der han også bor.

Stiftelsen nasjonalt medisinsk museum er en søsterorganisasjon og nær samarbeidspartner med Det norske medisinske Selskab og har dels overlappende medlemslister. Derfor ble Stiftelsens ekskursjon til det medisinhistoriske miljøet på Voss i dagene etter pinse, 14.-16.juni 2011, nærmest som et fellesarrangement å regne. Det var ca. 38 deltakere fra hele landet, og Voss viste seg fra sin beste side i forsummerværet.

Professor i patologi Ole Didrik Lærum (1940-), tidligere blant annet rektor ved Universitetet i Bergen, har overtatt doktorgården på Voss, der hans familie har drevet legepraksis i generasjoner (1,2). Anlegget, som ligger like ved jernbanestasjonen, er nennsomt restaurert til tidlig 1900-tallsstil. Et av uthusene har en garasje der lege-kjøretøyer gjennom tidene er representert, og i resten av bygget er det et velfylt medisinsk museum med rikholdige samlinger fra fjern og nær. Det er også et «fortellerrom», der temaer fra medisin- og helsehistorie kan presenteres for besøkende grupper i tidsriktige omgivelser, foruten en profesjonelt utstyrt arkivkjeller.

Det tidligere Bjørkeli tuberkulosesanatorium har bevart noe av miljøet fra tiden da tuberkulosen herjet som verst. Professor Ole Didrik Lærum var omviser også her, og dessuten på Mølstertunet, der høydepunktet var besøket i en middelaldersk årestue, et av Lærums spesialfelter (3).

Ekskursjonen hadde dessuten en meget vellykket sosial side. Især må nevnes kvelden i Lærumhuset, der både medisinhistorie og lokale Vossa-tradisjoner var tematisk ramme.



Figur 1: Ekskursjonsdeltakerne utenfor doktorgården på Voss. (Foto: Ø. Larsen)



Figur 2: Professor Ole Didrik Lærum viser fram et 1700-talls, fransk kirurgibestikk fra sitt museum til (fra v.) Rie Bistrup og Harriet Natvig. (Foto: Ø. Larsen)



Figur 3: Mens en del av ekskursjonsdeltakerne reiste hjem via Sognefjorden og «Norway in a nutshell», fikk turen en mer spektakulær avslutning for dem som valgte NSB. Ved Hallingskeid stasjon ble toget fanget i et brennende snøoverbygg, og det var ikke annet å gjøre for de 257 passasjerer og personale enn å evakuere og relativt passivt beskue hvordan både overbygg og tog brant opp. (Foto: Ø. Larsen)

Litteratur

1. Lærum OD. Hvordan bo i medisinhistorisk museum. I: Natvig JB, Swärd ET, Hem E. red. *Historier om helse*. Oslo: Den norske legeforening, 2009: 112–9.
2. Lærum OD. *I ulveskinnspeles: legens historie i tre slektledd*. Bergen: Vigmostad & Bjørke, 2006.
3. Lærum OD, Brekke NG. *Røykstova: bustad gjennom tusen år*. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.

*Øivind Larsen
Universitetet i Oslo
Institutt for helse og samfunn
oivind.larsen@medisin.uio.no*

Misforståelser om Tsjernobyl

Michael 2011;8:410–2.

Referatet i *Michael Quarterly* nr. 1/11 fra aktørseminaret om Tsjernobyl (1) har en innledning (2) ved redaktørene med enkelte faktiske feil, som trolig beror på misforståelser.

Reisefravær

Redaktørene hevder (s. 5) at forvaltningen var utillatelig sårbar fordi nøkkelpersoner var bortreist, og videre at både statsråd Heløe og helsedirektør Mork var på møte i Verdens helseorganisasjon mens medisinalråd Alvik var på ferie. Morks reisefravær og mine egne fravær, som hans stedfortreder, ble alltid pinlig nøye planlagt og koordinert for å sikre at minst én av oss var til stede. Slik tilstedeværelse betyr ikke å sitte kontinuerlig ved kontorpulten, men også å kunne delta i møter på steder med rimelig kort tilkallingstid. Så også denne gang. Jeg var på ferie fra lørdag 26. april til lørdag 3. mai, nettopp planlagt slik at jeg var tilbake før Morks avreise søndag 4. mai til et par ukers opphold i WHO i Genève (s. 77, 102). Mork var altså til stede den uken undertegnede var på ferie, men deltok likevel sammen med statsråd Heløe i et møte i WHO's regionalkontor i København mandag 28. april, noe som trolig ga opphav til misforståelsen hos redaktørene. Det var forøvrig i løpet av dette møtet de fikk den første informasjonen om mulig radioaktivt utslipp (s. 57) og samme kveld kom de første nyhetssendingene i Norge (s. 119). Det var altså ingen ting på forhånd som tilsa at Mork (eller Heløe) skulle avlyse dette møtet. Et slikt kortvarig møte håndteres normalt av ledere i forvaltningen uten at de oppfattes som «bortreist» når det gjelder å ta fatt i akutte situasjoner.

Redaktørene skriver: «Forvaltningen bør ha lært noe så elementært som at alle ansvarlige må ikke være bortreist på en gang!» Dette er og var også den gang en selvfølge og helt elementært for ledere i forvaltningen. Mork

og jeg la stor vekt på ikke å være bortreist samtidig, noe som heller ikke skjedde i Tsjernobylsituasjonen, og formuleringene i innledningen er uberegtiget kritikk og feilaktig historieskriving.

Kommunikasjonsteknologi

På side 7 kommenterer redaktørene min beskrivelse (s. 33) av postutsendelser fra Staten i brune B-konvolutter. Redaktørene karakteriserer dette som «en allerede den gang høyst antikvert teknologi». Helsedirektoratets postutsendelser skjedde imidlertid slik alle departementer og andre organer i statsforvaltningen hadde fått pålegg om fra sentralt hold, det vil si å bruke B-konvolutter. Helsedirektoratet hadde telefaks, men vi måtte hasteanskaffe telefaks til fylkeslegekontorene (s. 33). Telefaks var ennå ikke tatt i bruk alle steder, jfr at Høst forteller (s. 35) at NGU ikke hadde telefaks. Mobiltelefoni var i tidlig fase. Morks mobiltelefon denne sommeren var, som vanlig da, en stor kasse som var fastmontert i bagasjerommet i bilen hans. Så hva mener redaktørene med «høyst antikvert teknologi»?

Tiltaksgrenser

Redaktørene skriver selv (s. 9) at faregrense og tiltaksgrense ikke er det samme, men klarer ikke å holde orden på begrepene. Lenger ned på siden hevdes feilaktig at myndighetene hevet faregrensen med en faktor på ti. Grensen som ble hevet var ikke en faregrense, men tiltaksgrensen (eller aksjonsgrensen), og endringen gjaldt bare tiltaksgrensen for reinkjøtt. Begrunnelsen framkommer flere steder i deltakernes innlegg (bl.a. s. 97), og ble formidlet til befolkningen på mange måter. Evensen hevder (s. 98) at endringen av tiltaksgrensen for reinkjøtt førte til at det «virkelig glapp i befolkningens tillit». Selv om dette ble motsagt av de som kommenterte spørsmålet (Sørheim, Fremo, Strand) skriver likevel redaktørene (s. 9) at dette var vanskelig å forklare for befolkningen og bidro til alvorlig tillitskrise. Det var andre forhold, flere måneder tidligere, som førte til at befolkningens tillit til vår informasjon sank (bl.a. s. 78).

Bedring av informasjonsberedskap

Redaktørene hevder (s.11) at rådene fra Hernesutvalget «bare i liten grad var blitt fulgt opp i ettertid». Dette er feil. Både faglig beredskap og informasjonsberedskap ble vesentlig styrket i årene som fulgte etter Tsjernobyl, selv om regjeringen valgte en annen modell enn Hernesutvalgets forslag om kriseinformasjon knyttet til statsministerens kontor. Det er misvisende når redaktørene (s. 18) insinuerer at kriseberedskapen ikke er oppdatert. Det var imidlertid utenfor seminarets ramme for deltakerne å gå nærmere inn på disse tiltakene.

Litteratur

1. Larsen Ø, Evensen SA, Gradmann C red. Tsjernobylulykken 1986 – hvordan reagerte norske myndigheter og fagmiljøer i dagene og månedene etter 26. april 1986? *Michael Quarterly* 2011;8:19-143.
2. Larsen Ø, Evensen SA, Gradmann C. Tsjernobylulykken og Norge – katastrofe eller lærepenge? *Michael Quarterly* 2011;8:5-18.

*Anne Alvik
Hoffsveien 60 B
0377 Oslo
anne.alvik@gmail.com*

Distanse og kjærlighet – datterens Ingstad-biografi

Ingstad B. *Eventyret. En biografi om Helge Ingstad*. Oslo: Gyldendal, 2009. 299 s., ill. Pris: NOK 399,-. ISBN 978-82-05-39097-3.

Ingstad B. *Oppdagelsen. En biografi om Anne Stine og Helge Ingstad*. Oslo: Gyldendal, 2010. 448s., ill. Pris: NOK 449,-. ISBN 978-82-05-39554-1.

Michael 2011; 8: 413-415.

Professor i medisinsk antropologi ved Universitetet i Oslo, Benedicte Ingstad, har begått et intellektuelt vågestykke. Hun har nemlig skrevet biografi om noe så nært som sine foreldre, faren, eventyreren og oppdageren Helge Ingstad (1899-2001) og moren, arkeologen Anne Stine Ingstad (1918-97). Resultatet er blitt to innholdsrike bind. De er i hovedsak basert på et omfattende og unikt arkivmateriale som foreldrene hadde samlet, og som datteren har hatt eksklusiv tilgang til. I tillegg kommer hennes personlige opplevelser, pluss at antropologen i henne blant annet sørget for at det ble gjort intervjuer mens det ennå var tid.

Ekteparet Ingstad hører med til våre nasjonale helter, hver på sin måte. For helter som Helge Ingstad er det en nisje i historien. De store oppdagere lyste ennå som forbilder på første del av 1900-tallet, og det var fortsatt mer i verden å oppdage. Folk hadde nysgjerrighet og utferdstrang, men ikke så store muligheter for å leve ut drømmer som måtte få næring gjennom bøker, foredrag og etter hvert filmer. Helten var den som brøt over tvert, levde drømmene ut – og skrev om det. Helge Ingstads *Pelsjegerliv* (1. utgave 1931, 10. utgave 2010), *Landet med de kalde kyster* (1. utgave 1948, 5. utgave 2010) og andre av hans spennende bøker hørte med til folkelesningen for gammel og ung.

Anne Stine Ingstad var bemerkelsesverdig på en litt annen måte. Hun var den 18 år yngre tenåringen fra Lillehammers beskyttede øvre-middel-



klasse-miljø som friskt og freidig tok kontakt med sitt store idol og ble gift med ham i 1941, 23 år gammel. Men livet med drømmeprinsen ble neppe som hun hadde forestilt seg. Fort skjønte hun at hun måtte trosse gammeldagse sosiale normer og få seg sin egen utdanning og sin egen karriere. Det er et viktig element av kulturelle forandringer og kvinnesak i dette. Anne Stine Ingstad ble etter hvert arkeolog på høyt nivå. Hun arbeidet sammen med ektefellen, men er også kjent for sine tekstilhistoriske arbeider.

Benedicte Ingstads første bind handler om eventyreren og den innbarkede unglakaren Helge Ingstad. Man leser boken med samme sinn som man leser Ingstads egne bøker – om villbassen som kuttet ut alt for å gjøre akkurat hva han hadde lyst til – uansett. Men mens nordmenn leste f. eks. *Apache-indianerne*, *Jakten på den tapte stamme* (1939) eller *Landet under Leidarstjernen* (1959) og kjente det rykket i kroppen av misunnelse og beundring, undres man i biografien over at det simpelthen var mulig til de grader å gjøre akkurat som man ville – og å få det til!

Bind to er annerledes. Det tar for seg tiden etter at Anne Stine og Helge Ingstad giftet seg. Helge Ingstads posisjon i Norge gjorde at han fikk viktige og krevende oppgaver i krigsårene, og dette er interessant beskrevet. Men

etterpå ble det lite familieidyll, for Ingstad dro ut igjen. Den ensomme ulv hadde ikke latt seg temme. Han kan ikke ha vært lett å ha som ektefelle eller familiefar.

Omtrent midt i bind 2 skifter biografien karakter. Det skyldes at leseren nå er kommet fram til en tid da biografen Benedicte selv er med i historien, enebarnet som fikk nær kontakt med foreldrene, som ble som en del av teamet. Hun ble selv informant. Det er særlig viktig i forbindelse med alle stridighetene som etter hvert oppsto i forbindelse med Vinland-forskningen og utgravningene på Aïnse aux Meadows på Newfoundland. Det er en kjensgjerning at konfliktnivået kan være høyt i historierelaterte fag. Det hender at alle midler tas i bruk i kampen om den forgangne virkelighet, ofte verre jo lenger bakover i tiden temaet befinner seg. Ingstads fikk merke dette for fullt og stridighetene har ennå ikke lagt seg helt.

Benedicte Ingstads biografier er kildemessig gjennomdokumenterte. Som forsker selv kan hun beskrive foreldrenes vitenskapelige virke med faglig nøkternhet. Hun omtaler et foreldrepar som levde i en sikkert ofte smertefull balanse mellom distanse og kjærlighet.

Gir det bøkene en skjevhet at hun står sine objekter så nær – at hun er deres datter? Jeg tror ikke det. Bøkene er også skrevet med distanse og kjærlighet. Nærhetens paradoks.

Anbefales!

Øivind Larsen
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no

Utstilling – den ultimate kommunikasjonsform?

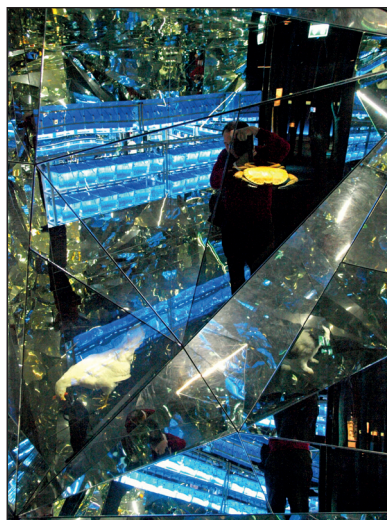
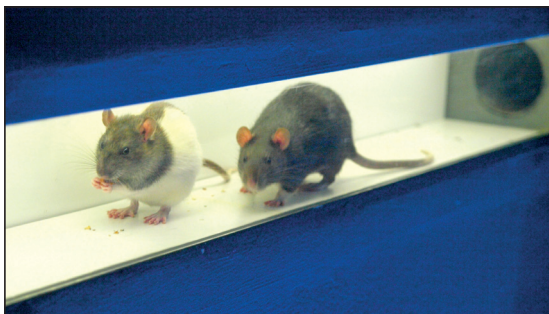
Michael 2011;8: 416.

På Norsk Teknisk Museum i Oslo er det i 2011 og 2012 en utstilling om hjernen og hjerneforskning, kalt *Mind Gap*. Det er en bemerkelsesverdig opplevelse å se denne utstillingen, og den etterlater tanker, ikke bare om temaet, nemlig hjernen, men også om selve formidlingen.

Det er spesialister på scenekunst som har stått bak presentasjonen, Robert Wilson og Serge von Arx. Det står en advarsel om at utstillingen ikke egner seg for personer med klaustrofobi, og det er så. Den besøkende blir liksom lukket inn i hjernen! Især hvis du går alene, er det selsomt. I halvmørket skimter man kjente og ukjente strukturer, men også skjermer med faglig informasjon – og levende laboratorierotter som minner om forskningens mangfoldighet.

For den kommunikasjonsinteresserte: Blir det her vel mye kommunikasjon på bekostning av temaet? Se selv! Du vil ikke angre!

*Øivind Larsen
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no*



(Begge foto: Ø. Larsen)

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