

Området for medisin og helse

Programmet
Helse og samfunn

”Rapport fra seminar om
helsebegrepet”



Norges
forskningsråd



Norges forskningsråd

Området for medisin og helse

Området for medisin og helse har ansvar for medisinsk og helsefaglig forskning. Dette omfatter grunnforskning og anvendt forskning med utgangspunkt i et bredt spekter av biologiske, medisinske, psykologiske, teknologiske, samfunns- og miljømessige problemstillinger. Området har et spesielt ansvar for å utvide kunnskapsgrunnlaget i fagdisipliner innenfor helsesektoren. Forskning om utforming av helse-tjenestene inngår som et viktig element i helhets-bildet.

I det forskningspolitiske rådgivningsarbeidet legger Medisin og helse vekt på at særlig helsemyndighetene i økende grad skal støtte seg på forskningsbasert kunnskap. Området vil også stimulere forskningsformidling og bidra til nettverksbygging.

Norges forskningsråd
Postboks 2700
St. Hanshaugen
0131 Oslo
Telefon: 22 03 70 00
Telefaks: 22 03 70 01
www.forskningsradet.no



”Området for Medisin og Helse”

”Rapport fra seminar om helsebegrepet”



**Norges
forskningsråd**

© Norges forskningsråd 2002

Norges forskningsråd
Postboks 2700 St. Hanshaugen
0131 OSLO
Telefon: 22 03 70 00
Telefaks: 22 03 70 01
bibliotek@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no/

Publikasjonen kan bestilles via internett:
www.forskningsradet.no/publikasjoner

eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

Grafisk design omslag: Dana Strandli
Foto/ill. omslagsside:
Trykk: Norges forskningsråds trykkeri
Opplag: 42

Oslo, april 2002
ISBN 82-12-01702-8 (trykksak)
ISBN 978-82-12-02519-6 (pdf)

Forord

På oppfordring fra Sosial- og helsedepartementet arrangerte programmet Helse og samfunn et seminar i mai 2001 omkring helsebegrepet.

Seminaret ble organisert av programmets forskningsleder, professor Harald Grimen. Seminarprogrammet var faglig interessant og ble belønnet med god deltakelse fra forskning og forvaltning.

Programstyret vil takke for innsatsen og håper denne rapporten fra seminaret som også er utarbeidet av professor Grimen vil være av interesse for forskere og fagfolk i forvaltningen som er engasjerte i folkehelsearbeidet.

Knut-Inge Klepp
Programstyrets leder

Oslo, februar 2002

Innhold

1. INNLEIANDE MERKNADER.....	1
2. HELSE OG UHELSE	1
3. HELSEVESENET SITT MÅL.....	4
4. OM SJUKDOMSMODELLAR OG ANDRE MODELLAR	6
5. KJØNNSASPEKT VED HELSEOMGREPET.....	9
6. FOLKELEGE OPPFATTINGAR OM HELSE OG SJUKDOM	11
7. OPPSUMMERING	12
VEDLEGG: PROGRAM FOR SEMINAR OM HELSEBEGREPET	13

SEMINAR OM HELSEOMGREPET

RAPPORT

1. Innleiande merknader

8. mai 2001 arrangerte programmet Helse og samfunn i NFR, eit eindags-seminar over temaet Helseomgrepet - faglege og folkelege føringar for folkehelsearbeidet. Seminaret hadde omlag 50 deltakarar. Følgjande personar hadde føredrag: professor Lennart Nordenfeldt, Universitetet i Linköping, stipendiat Bjørn Hofmann, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, professor Søren Holm, Universitetet i Manchester/UiO, forskar Johanne Sundby, Institutt for allmenntmedisin og samfunnsmedisinske fag, UiO, professor Per Fugelli og professor Benedicte Ingstad, Institutt for allmenntmedisin og samfunnsmedisinske fag, UiO.

Her føl ein liten rapport om denne konferansen.

2. Helse og uhelse

Det første temaet som vart drøfta på seminaret, var spørsmålet om korleis omgrepet 'helse' bør definerast.

Lennart Nordenfeldt, som var den første innleiaren, starta med å nemne at forskning på helseomgrepet skjer i mange fag, mellom anna i sosialantropologi, sosiologi, psykologi, filosofi, paramedisin og folkehelsevitenskap. Interesse for helseomgrepet sameinar altså mange fagområde. Det finst også mange føremål med å studere helseomgrepet: til dømes er val av helseomgrep viktig i helsefremjande arbeid, val av helseomgrep har legale sider, til dømes når det gjeld trygding og rettspsykiatri, og det er også viktig for effektiv kommunikasjon over faggrensar i vitenskap og klinikk. Slik Nordenfeldt såg det, inneheld ein modell for helse både ein teori om helse og uhelse sin natur og ein teori om helse og uhelse sine årsaker.

Helseomgrepet er imidlertid vanskeleg å definere, fordi det for det første kryssar grensene mellom dagleglivet og det medisinsk-faglege, for det andre fordi det går over grensene for ulike faglege territorier, for det tredje fordi det inneheld element både av fakta og verdi, og teori og praksis.

Nordenfeldt tok utgangspunkt i Galen sin klassiske definisjon av helse: "Health is a state in which we neither suffer from evil nor are prevented from the functions of daily life." Denne definisjonen opererer ikkje berre med eit skilje mellom helse og sjukdom, men også med ein nøytral tilstand, som hverken er helse eller sjukdom. I meir moderne definisjonar, derimot, er det vanleg å skilje mellom helse og sjukdom, utan ein slik nøytral mellomtilstand.

Kjerna i Nordenfeldt sitt innlegg var eit skilje mellom tre helseomgrep: eit biostatistisk, eit holistisk på mellomnivå og eit maksimalt holistisk, og eit argument for kvifor vi bør velge det holistiske helseomgrepet på mellomnivå.

1. Det biostatistiske helseomgrepet er minimalistisk. 'Helse' vert ikkje gjeven ein positiv definisjon, mene vert definert negativt som fråvære av sjukdom. Dette helseomgrepet bygger dessutan på tanken om biologisk normalitet. Men denne tanken er ofte uklår, og bygger ofte på ei samanblending av tre typar normalitet: statistisk, evolusjonær og normativ. Nordenfeldt sin vesentlege kritikk av dette var at eit slikt helseomgrep er ikkje fullnøyande, fordi det saknar eit ankerfeste i verdier. Det er dessutan snevert, og dekkar berre visse felt og ikkje andre.

2. Det maksimalt holistiske helseomgrepet definerer helse som fullstendig velvære. Dette er den typen definisjon som WHO nyttar seg av. Nordenfeldt sin vesentlege kritikk av dette er at det blandar saman helse og velvære. Helse og lukke kan ikkje skiljast frå kvarandre om vi legg dette helseomgrepet til grunn. Men det er ikkje sikkert at det er så lurt å blande desse.

3. Det helseomgrepet Nordenfeldt sjølv gjekk inn for, kalla han holistisk på mellomnivå. Det grunnleggande trekket ved dette helseomgrepet er tanken om at helse er handlingsevne i relasjon til vitale mål: "A har maksimal helse om A har evne til å realisere alle sine vitale mål gjeve aksepterte omstende". Slik definert, vert helse alltid noko som er eller bygger på ein relasjon til vitale mål og til det Nordenfeldt kalla "standardomstende". Relasjonen til vitale mål treng ikkje vera medviten, men er det som oftast. Det føl av Nordenfeldt sin kritikk av dei to andre helseomgrepa at han vil ha eit helseomgrep som har ankerfeste i verdier, som ikkje blandar saman ulike typar normalitet, og som gjer oss i stand

til å differensiere mellom helse og andre slags tilstandar, som lukke eller ei kjensle av velvære.

Nordenfeldt sin agenda synest å vera det følgjande:

For det første ville han skjøne helse som noko meir enn berre fråvære av sjukdom, i kontrast til eit biostatistisk helseomgrep. Eitt av dei sentrale poenga i føredraget var at det kan ligge føre sjukdom utan uhelse, og at uhelse kan ligge føre utan sjukdom. Sjukdom er noko som tenderer mot å senka handlingsevne, den holistiske helsa eller tilstanden.

For det andre synest han å vilje "nedskalere" eit holistisk helseomgrep i høve til WHO sin definisjon og liknande definisjonar. Nordenfeldt argumenterte for holisme (at referansepunktet er heile personen), men ikkje den typen holisme som slike definisjonar bygger på. Kanskje kan poenget klårgjerast ved å skilja mellom to slags holisme: Nordenfeldt sitt helseomgrep er holistisk i den tydinga at det tek utgangspunkt i heile personen når spørsmålet om han/ho er sunn eller sjuk kjem opp. Men det er ikkje holistisk i den tydinga at det identifiserer helse med personen si totale oppleving av lukke eller velvære.

For det tredje ville han kontekstualisere helseomgrepet i høve til evne til å realisere vitale mål, og i høve til dei omstenda som personen er i. Nordenfeldt sitt helseomgrep føreset at vi kan seie noko om vitale mål, og noko om aksepterte omstende.

I debatten etter innlegget gjekk kritikken i hovvudsak på tre ting:

Mange hadde innvendingar mot Nordenfeldt sitt omgrep om "standard omstende" eller "aksepterte omstende". Det er vanskeleg å skjøne kva det er, og det vil gjere helseomgrepet sterkt avhengig av historisk variable sosiale og kulturelle faktorar. Eigentleg opnar Nordenfeldt sin analyse opp for å differensiere skiljet mellom helse og uhelse i høve til variable sosiale og kulturelle faktorar.

For det andre vart det reist spørsmål ved om tanken om funksjonsevne i høve til vitale mål er særleg klår. Kva er vitale mål, og kor stor grad av funksjonsevne i høve til vitale mål må ein person ha for at det skal kunne seiast at han er frisk eller sjuk?

For det tredje vart det reist spørsmål ved om helsefaga treng eitt einskapleg helseomgrep, om ikkje det kan føre til for sterke bindingar. Det vart spurdt om det ein treng, ikkje heller er eit meir "anarkistisk" helseomgrep.

3. Helsevesenet sitt mål

Nordenfeldt sitt innlegg leia naturleg over i temaet for den neste sesjonen, som var spørsmålet om kva som bør vere helsevesenet sitt overordna mål: Å fremje helse eller å kjempe mot sjukdom. I Bjørn Hofmann sitt innlegg syntest grunntanken å vere at det ligg føre ein asymmetri mellom omgrepa 'helse' og 'sjukdom', og at denne asymmetrien er svært viktig for kva som kan vere helsevesenet sitt mål.

Hofmann starta med å teikne opp fire modellar for tilhøvet mellom helse og sjukdom. Han gjekk sjølv inn for det han kalla den komplekse modellen. I den komplekse modellen er dikotomien helse-sjukdom hverken uttømmmande eller eksklusiv. Ein dikotomi er uttømmmande om han ordnar alle relevante fenomen i to klassar. Han er eksklusiv dersom ingen fenomen kan vere medlem i begge klassane samstundes. Om dikotomien helse-sjukdom er uttømmmande, så kan det ikkje finnast personar som hverken er sjuke eller friske. Det kan dessutan ikkje finnast personar som både er sjuke og friske samstundes. Hofmann argumenterte mot å oppfatte dikotomien helse-sjukdom på denne måten. Det tyder at det er tenkbart at ein person (a) ikkje treng å vere hverken frisk eller sjuk, og (b) kan vere både frisk og sjuk. Sjukdom og helse er, slik Hofmann såg det, relaterte (kontrære) omgrep som ikkje kan definerast ved hjelp av kvarandre.

Hofmann sitt grunnleggande spørsmål var: Kva omgrep, 'helse' eller 'sjukdom', er det primære, dvs. er det helsefremjing eller kampt mot sjukdom som bør vere helsevesenet sitt primære mål? Føredraget var eit argument for at det bør vere sjukdom, ikkje helse, som bør vere det primære. Hofmann trekte opp fem typar ulikskap mellom sjukdom og helse.

1. Den første typen ulikskap er røynslebasert. Sjukdom er noko som er tidsavgrensa. Vi kan tidfeste når vi vert sjuke og når vi vert friske. Vi vert sjuke, og vert vanlegvis friske att når sjukdomen er over. Vi må dessutan verte sjuke for å kunne røyne kva helse er. Helse, derimot, er noko atemporalt, dvs. at vi

kan ikkje tidfeste når vi fekk helse. Vi vert ikkje sjuke når friskleiken går over. Helse er noko skjult, "livets gåtefulle grunn (enigma)".

2. Den andre typen ulikskap er kunnskapsteoretisk: Sjukdom har etiologi, helse har ingen årsaker. Læra om helse (fysiologi) er eit resultat av læra om sjukdomar (patologi). Helsefaga sine pensumlistar består av sjukdomslære og ikkje av lykke-lære eller ei lære om velvære. Dette kan uttrykke det faktum at det historisk sett kanskje har vore viktigare å kjempe mot sjukdomar en å fremje helse.

3. Den tredje typen ulikskap er praktisk: Vi har ulike typar sjukdomar, og sjukdomane er sett i system ved hjelp av taxonomiar: ICD, DSM o.l. Men vi har ikkje ulike helser, og vi har ingen katalog eller taxonomi for helse.

4. Den fjerde typen ulikskap er omgrepsmessig: Det er lettare å definere 'sjukdom' enn 'helse'. Det er svært vanskeleg å definere 'helse'. Definisjonane viser til problematiske omgrep som "lukke", "velvære" eller "vitale mål", som ikkje er lettare å definere enn helseomgrepet.

5. Den femte og siste typen ulikskap er verdimesig. Sjukdom er verdinøytral, helse er verdilada. Sjukdom inkluderer ikkje moralske verdiar, helse inkluderer moralske verdiar. Det ligg føre ein grunnleggande etisk asymmetri mellom sjukdom og helse: Det er lettare for oss å seia noko om kva som er vondt enn om kva som er godt, kva som er uønska enn kva som vi har som mål i livet. Det er dessutan knytt ei fordring og eit ansvar til negative situasjonar: det å hjelpe.

Hofmann konkluderte med at det er fundamentale ulikskapar mellom helse og sjukdom. Vi treng ein kompleks modell for tilhøvet mellom helse og sjukdom. 'Sjukdom' er eit klårare omgrep enn helse. Det bør difor vere det primære omgrepet for helsevesenet, som bør vere eit "sjukdomsvesen" og ikkje eit helsevesen. Dette får følger for tilhøvet mellom sjukdomsbehandling og helsefremjing. "Helsevesen" er eit upassande omgrep, som har opphavet sitt i ein ueigna modell for tilhøvet mellom helse og sjukdom. Det grunnleggande må vere lindring, pleie og omsorg, sjukdomsoppdaging og handsaming av sjukdomar, samt tildeling av eller fritak frå juridiske rettar eller plikter. I følge Hofmann har ingen av desse aktivitetane helseomgrepet som eit vilkår.

'Sjukdom' er det primære omgrepet for helsevesenet. Sjukdom er eit komplekst omgrep, som rommar fleire perspektiv som ikkje let seg sameine med kvarandre: Sjukdom (medisinsk, "disease"), det å vera sjuk

(fenomenologisk/eksistensielt, "illness"), og sjukerollen (å bli oppfatta som sjuk sosialt, "sickness"). Det å vera sjuk er det primære av desse. Desse er delvis uavhengige av kvarandre: Det er mogleg å ha ein sjukdom i medisinsk tyding utan å vere sjuk i fenomenologisk tyding, og utan å bli oppfatta som sjuk sosialt. Det er også mogleg å være sjuk, utan å ha ein medisinsk oppdagbar sjukdom, eller å bli oppfatta som sjuk.

Helsevesenet hadde i følge Hofmann tent på å skilja betre mellom dei følgjande rollane: lindring, pleie og omsorg, sjukdomsoppdaging og handsaming, og tildeling/fritak for sosiale/juridiske rettar/plikter.

I debatten etter innlegget vart det reist fleire innvendingar mot dette. Den første var det følgjande spørsmålet: Om sjukdom skal vera helsevesenet sitt primære mål, kva funksjon skal då helseomgrepet ha? For det andre vart det peika på at det ligg visse "modellbindingar" her, nemleg at helseomgrepet også er viktig til dømes i helsepolitisk debatt.

4. Om sjukdomsmodellar og andre modellar

Diskusjonen av "modellbindingar" knytt til helseomgrepet leia naturleg over til det neste innlegget.

Søren Holm sitt føredrag var eit argument for at vi bør ha eit ope og kritisk tilhøve til sjukdomsmodellar, og til modellar generelt. Abstrakte sjukdomsmodellar spelar, slik Holm såg det, ein svært rolle for avgjerder på ei rekke område i helsevesenet. Ofte er denne bruken av modellar ikkje eksplisitt. Tenking og handling er ofte styrde av skjulte modellar, som aktørane ikkje er medvitne om.

Sjukdomsmodellar kan vera både avgrensande og villeiande. Det er difor viktig at dei sjukdomsmodellane som eksplisitt eller implisitt ligg bak avgjerdene våre, vert identifiserte, klårgjorde og underkasta ei kritisk vurdering. For å få dette til, må vi skjønna kva modellar er, og kva det er å kritisere modellar.

Holm starta med at "Når vi til daglig taler om sykdom ligger der ofte en implicit model i den måte hvorpå vi taler om sykdom. Vor inndeling af sygdomme i soamtiske og psykiske peger f.eks. på at vi antager at der er 2 forskellige domæner hvor sygdom kan opstå eller give sig udtryk, og når vi taler

om forskning indenfor psyko-neuro-immunologi synes der at være tale om 3 domæner med en eller anden form for interaktion. Sådanne sygdomsmodeller findes både i befolkningen og i sundhedsprofessionene."

Sjukdomsmodellar er omstridde og det er ein stadig pågåande diskusjon om kva slags sjukdomsmodell som er den rette. Slike diskusjonar har som oftast eitt av tre føremål. Det er ofte slike eksplisitte eller implisitte førestillingar i forma av meir eller mindre fast oppbygde modellar som styrer handsaming, utvikling og forskning på helseområdet. Diskusjonen om sjukdomsmodellar er då ein måte å føre ein diskusjon om helsevesenet sitt mål og framtidige utvikling på. For det andre går slike modellar ofte inn i diskusjonar om kva profesjon eller faggruppe som skal ha den dominerande rollen i helsevesenet. For det tredje inngår slike modellar i diskusjonane om reduksjonisme, i det ein del sjukdomsmodellar inneber at slik reduksjonisme er mogleg, andre at det ikkje er mogleg.

Ein stor del av Holm sitt føredrag var ein freistnad på å klårlegge kva slags status slike modellar har. Holm delte modellar inn i følgjande kategoriar:

1. Representerande: (a) kausale; (b) ikkje-kausale
2. Heuristiske

Representerande modellar er modellar som i ei eller anna tyding påstår å avspegla røyndomen. Slike modellar har to undertypar. Kausale modellar vil modellera årsakene til at eit fenomen (t.d. ein sjukdom) oppstår. Ikkje-kausale modellar er reint beskrivande, utan antakingar om årsaker. Dei fleste sjukdomsmodellar er kausale, i den tydinga at dei påstår å gjere greie for korleis sjukdomar oppstår eller kvifor nokre sjukdomar uttrykker seg på den måten dei gjer. Kvaliteten på ein representerande modell vert bedømt ut frå følgjande spørsmål: Kor godt samsvarar modellen med røyndomen?

Heuristiske modellar påstår ikkje å avspegle røyndomen, men peiker på korleis ein bør handle, dersom ein vil påverke røyndomen. Kvaliteten på ein heuristisk modell vert bedømt ut frå følgjande spørsmål: I kva grad fører dei handlingsføreskrifter som kan utleiast frå modellen til dei ønska resultatata?

Holm drøfta så tre område der svært generelle modellar av sjukdom har betydning.

1. Det første området gjeld måling av sjukdom. Ofte ligg det ein bestemt sjukdomsmodell eksplisitt eller implisitt bak eit måleinstrument.
2. For det andre spelar slike generelle sjukdomsmodellar ein stor rolle innanfor forskning ved å peike ut bestemte forskingsfelt som interessante. Modellane definerer kva som er interessante og uinteressante forskingsspørsmål. Om ein bestemd sjukdomsmodell vert dominerande kan han utelukke bestemte forskingsspørsmål og bestemme prioritering innafor forskning.
3. For det tredje kan slike generelle sjukdomsmodellar ha innverknad på helsepolitikken, i følge Holm kanskje mest på førebyggingsområdet. Eitt døme er dette: Er fedme i seg sjølv ein sjukdom, eller er det berre ei årsak til andre sjukdomar? Kva svar ein gjev på dette spørsmålet, er delvis avhengig kva sjukdomsmodell ein har som utgangspunkt. Val av intervensjonsstrategi kan også vere avhengig av sjukdomsmodell. Nokre modellar gjer medisinsk intervensjon meir nærliggande, mens andre er meir opne for psykologiske, sosiale, moralske eller økonomiske intervensjonar.

Kjerna i føredraget var ei oppmoding om å ha ein kritisk distanse til modellbruk, anten modellane er eksplisitte eller implisitte.

Sjukdomsmodellar, som andre modellar, kan vere begrensande. Det skuldast at dei kan få oss til å tru at berre det som kan passast inn i modellen, også kan eksistere. Mange modellar kan få oss til å tru på det som i argumentasjonsteorien vert alla ein falsk dikotomi. Ein falsk dikotomi hevdar med urette at alt kan delast inn i to grupper, og at denne inndelinga er uttømmende, dvs. at det ikkje finst noko som ikkje fell inn i desse to gruppene. Eit klassisk døme er påstanden om at: "Alle dei som ikkje er for meg, er imot meg", som utelukkar at det er mogleg å stille seg nøytral. Modellar kan også vera begrensande ved å utelukke utvikling, dvs. ved å vere statiske.

Sjukdomsmodellar, som alle modellar, kan dessutan vera villeiande, i den tydinga at dei kan få oss til å tru på at dei fenomen som modellen spesifiserer, faktisk også eksisterer (gjerne kalla "modellplatonisme"). Men det treng ikkje vere slik.

Det er difor all grunn til å stille seg kritisk og distansert til sjukdomsmodellar, som til andre slags modellar.

5. Kjønnsaspekt ved helseomgrepet

Johanne Sundby starta med spørsmålet om menn og kvinner legg vekt på ulike sider ved det som vert kalla "helse". Det finst mange faktorar som kvantitativt påverkar helse og som kan vere ulike for kvinner og menn.

Ulikskapar i helse - ofte uttrykk som dødeligheit - vert påverka av biologiske, sosiale og demografiske faktorar som utdanning, alder, yrke, bustad, sosioøkonomisk status, sosial klasse (målt på ulike vis), gener, konstitusjon og arv.

Nokre av desse faktorane har ulikskapar basert på kjønn i seg: Kvinner tener mykje mindre enn menn. Kvinner har ein meir robust basal biologi enn menn: dei lever lengre og dør mindre hyppig i alle alderskategoriar. Kvinner har mindre kroppsvekt og muskelstyrke enn menn og kan difor yte mindre reint mekanisk (fart, styrke). Kvinner har mindre makt og innflyting enn menn. Kvinner rangerer alltid under menn i generelle klassifikasjonar av sosial status og klasse. Generelt er det slik at kvinner lever lengre enn menn, men er meir sjuke målt ved slike mål som lækjarbesøk, bruk av medikament, sjukemeldingar og uførleik. Men kjønn kan også utviske sosiale ulikskapar og vice versa: rike menn kan vere friskare enn fattige kvinner, rike kvinner kan ha betre helse enn fattige menn. Nokre av kjønnsforskjellane i helse skuldast sosiale tilhøve. Kvinner sine sjukdomar er dessutan annaleis enn menn sine: Nokre sjukdomar debuteter seinare hos kvinner (hjartesyjukdom). Nokre sjukdomar er vanlegare hos kvinner (rheumatisk artritt, depresjon/angst). Nokre sjukdomar har dårlegare status avhengig av lokalisasjon hos kvinner versus menn: skulder/-nakkesmerter (fibromyalgi etc) versus krossryggsmerter (lumbago). Nokre sjukdomar er hyppigare hos kvinner: Nokre sjukdomar rammar oftast kvinner (brøstkraft, anoreksi). Nokre sjukdomar er hyppigare og har eit anna forlaup hos kvinner enn hos menn, t.d. sjølvmoordsforsøk, diabetes, stoffskiftesyjukdomar.

Det er også slik at symptomar vert tolka annaleis og tilvising skjer ulikt for kvinner og menn til dømes ved hjartesyjukdom. Sjukdomar har ulike startsymptom, der menn sine er prototypen. Det er ulik tilvisingsfrekvens, og kanskje ulik prognose.

Diagnosar har også eit kjønnsaspekt. Diagnoser er ein serie internasjonale klassifiseringar av lidingar der vitskapsfolk og klinikarar vert samde om kriteria. Dette er viktig for blant anna epidemiologiske studier, studier av årsaker

og studier av kva slags handsaming som verkar. Både subjektive og objektive tilhøve verkar inn her. Diagnoser har - uavhengig av den ofte store spreinga i funksjon og symptomatologi generelt innanfor kvar diagnose - blitt kriterier for tildeling av velferdsgode som sjukemeldingsrettar og uføretrygd og stønader til til dømes hjelpemidlar eller ekstrautgifter. Diagnoser vert stadfesta av lækjarar. Kvinner har ofte meir uspesifikke diagnoser og kvinner sine diagnoser har ofte større grad av skjønn og uvisse knytt til diagnosen, og diagnoser ofte knytt til kvinner har lågare prioritet (lågare rang) enn dei som er knytt til menn. Kvinner konstruerer ofte eigne alternative diagnoser og hevdar at desse er medisinsk fundert. Døme: Det var ein kamp mellom den amerikanske psykiatri-unionen og ulike kvinner grupper om diagnosen PMS ("premenstruell tensjon") Kvinnene vann, og dette vert ikkje klassifisert som reell sjukdom. Men så vart det laga ei ny diagnose: "Premenstruell Dysforic Disease", dvs. høgare grad av ubehag enn ved PMS.

Sundby spurde så kvifor helseproblem ofte får "kjønn". Eit helseproblem får ofte kjønn når det heftar ved ei kvinne. Problem som er vanlege hos menn, vert gjort kjønnsnøytrale. Ting som er bra hos kvinner vert ikkje i like stor grad grad kjønna som det som er problematisk. Menn er "norma", kvinnene er avviket. Mykje innanfor medisinen er dessutan ikkje utforska på kvinner, til dømes medikament-utprøving. Døme frå psykiatrien: Kvinner har hyppigare diagnosane depresjon og angst, og får oftare psyko-farmaka. Menn er oftare enn kvinner valdelege, drikk for mykje alkohol, og vert utsette for bråe ulukker knytt til "uro" i sinnet. Dette vert klassifisert som sosiale problem, ikkje som sjukdom. Kjønnssdimensjonen er også synleg i nye vinklingar basert på funksjonsvurderingar. For å kome bort frå diagnoser som einaste kriterium ved tildeling av velferdsgode, har ein innført ulike former for moglege funksjonsvurderingar. Sams for desse er at dei i stor grad måler fysisk funksjon, dvs. evne til å utføre mekaniske rørsler. Slike rørsler er ofte viktige i ei rekke mannsyrke. Ein får erstatning om ein er utsett for skade i arbeid som fører til tap av funksjon. Akutt uhell ("kran i hovudet" - manns-skade) gjev ofte utteljing, mens lavgradig slitasje over tid ofte ikkje gjev det (døme: hjelpepleiaren på ein sjukeheim).

Sundby kommenterte til slutt medie-biletet av ei frisk kvinne og ein frisk mann. Ho er pen, rein og mjuk i huden, glansfull i håret, har store brøst. Ho sit eller ligg, gjerne med beina i kvilestilling, og er litt passiv, drøymande, slank, ung og mottakeleg for sensualitet, seksualitet. Ho luktar godt. Ho er tydeleg i sine positive, litt sarte kjensler, kanskje har ho eit lite omsorgstrengande barn i armane. Ho brukar parfyme, hudkremar og feminine klede. Ein frisk mann er

sterk, høg, muskuløs, med breie kinnbein og eit litt fjernt blick retta framover. Han er aktiv (til dømes spelar han fotball eller diskuterer børsoppgang), han er forbrukar av bil, våpen, sportsutstyr. Han luktar friskt og naturleg, han kan gje omsorg og gåver til ei litt yngre vakker kvinne, han har kontroll og myndigheit.

Spørsmålet er så om dette betyr noko for kvinner og menn sine eigenvurderingar og helsearbeidarar sine vurderingar av sjukdom og helse. Det betyr det følgjande: Kvinner søker oftare lækjar, både for seg sjølv og for resten av familien. Kvinner er meir opptekne av kosthald, eigenpleie og helse enn menn, og brukar meir alternativ medisin. Menn er meir opptekne av konkurranse-idrett og sports-prestasjonar enn kvinner. Kvinner søker oftare hjelp for mentale helseproblem enn menn. Kvinner søker oftare, men får også oftare avslag på, uføretrygd enn menn.

Eitt av spørsmåla som vart reist i kjølvatnet etter dette innlegget, var om vi treng eit differensiert helseomgrep, eller ulike helseomgrep for kvinner og menn.

6. Folkelege oppfatningar om helse og sjukdom

I det siste føredraget rapporterte professor Per Fugelli og professor Benedicte Ingstad frå prosjektet Helse på norsk. Prosjektet er ei kvalitativ intervjuundersøking av korleis nordmenn oppfattar god helse. Dei tre viktigaste poenga i dette føredraget synest vere dei følgjande:

For det første brukte folk stort sett positive definisjonar av god helse. God helse vert knytt saman med slike positive omgrep som heilskap/jamvekt, trivnad, natur, humør, handling/meistring, og ansvar/energi. At dei brukar positive definisjonar, tyder på at folk flest ser på god helse som noko meir enn berre fråvere av sjukdom. I staden ser det ut som om det eksisterer ein type identitet knytt til god helse, ein type sjølvrealiseringsideologi i folkedjupet. Det vart snakka om ein type ”helse-eksistensialisme”.

For det andre synte Fugelli og Ingstad gjennom mange døme at det er stor individuell variasjon i måten som folk flest oppfattar god helse på. I ”folkedjupet” synest det ikkje vere berre eitt omgrep om ’god helse’, men mange, til dels nokså ulike.

For det tredje er det mange tilfelle av at folk som medisinsk sett har ein sjukdom, også oppfattar seg som å være ved god helse.

I debatten etter innlegget gjekk ein del av kritikken på metodiske sider ved denne undersøkinga, og på spørsmålet om kor norske desse helseoppfattingane er.

7. Oppsummering

Alle innleiarane peika på at helseomgrepet er vanskeleg å definere, delvis fordi det både kryssar ulike faglege grenser og fordi det kryssar grensa mellom det faktiske og det normative. Folkelege førestillingar om helse og sjukdom skil seg ofte frå helsearbeidarar sine førestillingar. Ulikskapane mellom desse er det viktig å vera klår over. Folkelege helseomgrep er ikkje einskaplege, men oppviser ganske stor variasjon. Diagnoser og handsaming har ofte eit skjult kjønnsaspekt, og kjønnsaspektet kan ligge skjult i måten omgrepa 'helse' og 'sjukdom' vert definerte på.

Vedlegg: Program for seminar om helsebegrepet

Norges forskningsråd
Medisin og helse

Programmet Helse og samfunn

SEMINAR

Helsebegrepet – Faglige og folkelige føringer for folkehelsearbeidet

tirsdag, 8. mai 2001, 1000-1700

SAS Radisson Scandinavia Hotel, Oslo, møterom Telemark

Program

- 1000 Velkomst, Professor Knut-Inge Klepp, Leder, Programmet Helse og samfunn
- 1010-1100 Professor LENNART NORDENFELDT, Universitetet i Linköping:
”Mot en holistisk teori om hälsa”
- 1100-1110 Pause
- 1110-1200 Stipendiat BJØRN HOFMAN, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
”Kan helse være helsevesenets mål?”
- 1200-1300 Lunsj
- 1300-1350 Professor SØREN HOLM, University of Manchester/ Universitetet i Oslo

”Om sykdomsmodeller”

1350-1400 Pause

1400-1450 Forsker JOHANNE SUNDBY, Institutt for allmenmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo

”Legger kvinner og menn ulik vekt på kroppens funksjon og utseende? Noen betraktninger om kjønnsdimensjoner i helsebegrepet.”

1450-1500 Kaffepause

1500-1550 Professorene PER FUGELLI & BENEDICTE INGSTAD, Institutt for allmenmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo

”Helse – slik folk ser det”

1610-1700 Samlende diskusjon





**Norges
forskningsråd**

Området for
medisin og helse

Helse og samfunn

ISBN 82-12-01702-8