



Dei beste tilgjengelege forklåringane

TEMA

HARALD GRIMEN

Email: harald.grimen@samfunnsmed.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

I 1959 skilde C.P. Snow mellom dei to kulturane – den naturvitskaplege og den humanvitskaplege kulturen. Men medisinen kan ikkje høyre til berre den eine av desse kulturane. Han må høyre til begge. Grunnen er at medisinen er styrd av visse ideal om kva eit menneskeverdige liv er, som gjer visse handlingsalternativ – til dømes å unnlata å behandle sjukdomar – umoralske. Om dette er slik, er det visse fenomen som medisinen ikkje kan tillate seg å oversjå, og faget må søke dei beste tilgjengelege forklåringane på slike fenomen der dei beste forklåringane er å finne. Ofte finst dei beste forklåringane i humanvitskapane. Medisinen treng omgrep, teoriar og metodar som gjer utøvarane av faget i stand til å skjønne meining, skildre sosiale relasjonar og ta omsyn til historisk utvikling.

Det finst eit prinsipielt argument for at helsefaga – inkludert medisin – ikkje ligg i ein av ”to kulturar” (1), men er like vesentleg bundne til humanvitskapane som til naturvitskapane. Argumentet er at dei beste tilgjengelege forklåringane på fenomen som helsefaga – som *verdistyrde verksemder* – ikkje kan tillate seg å oversjå, finst i desse vitskapane. Humanvitskapane har omgrep, teoriar og metodar for å studere tre sider ved sjukdom og helse: meining, sosiale relasjonar og historie. Vi kunne ha late naturen gå sin gang og sjukdomar rå slik dei ville utan inngriping. Men helsefaga er styrde av ideal om menneskeverdige liv som gjer det umoralsk. Dette normative grunnvalet plasserer humanvitskaplege tema i faga sine kjerner.

Meining

I eit øysamfunn på Vestlandet rundt 1960 budde ein eldre mann, som heitte Anton, i ein båt.

Han ville ikkje bu i huset sitt fordi han frykta at kona, som døydde få år før, skulle gå att. Han sa stadig at "Ho Johanna var ikkje god". Mange trudde at ho hadde mystiske krefter. Ho kunne stogge blod, og var flink med fødsjar. Ho hadde eit ustyrleg sinne, og kunne setje sjukdom på og flytte dyr på uforklårleg vis. Alle kjende saga om Nils si ku, som forsvann og vart atfunnen på ei naboøy, utan saltsmak på skinnen. Berre Johanna kunne ha flytta kua. Det var langt til lækjaren. Johanna vart ofte tilkalla ved sjukdom. Samstundes var folk redde henne. Mange skjøna at Anton ikkje ville bu i huset etter at ho var avliden. Folk sitt tilhøve til lækjaren var samansett. Han var respektert. Men det var ofte strid mellom det han og det Johanna sa. Mange høyrde mest på Johanna, kanskje av frykt, og kanskje fordi, som dei sa, "ho hadde ofte fått det til" når lækjaren mislukkast.

Denne saga inneheld ei forklåring på kvifor Anton budde i båten, og kvifor Johanna vart tilkalla ved sjukdom. Det er den beste tilgjengelege forklåringa, om vi ikkje meiner at Anton og mange i dette samfunnet var sinnssjuka, eller irrasjonelle. Det var dei neppe, for dei levde eit elles normalt liv. Poenget er ikkje om det er sant at Johanna hadde slike krefter, men at folk trudde det, og handla *som om* det var sant. For å forklåre handlingane deira, må vi starte med det dei trudde og verdsette.

Det er ikkje noko mystisk ved det. Det er omstridd korleis vi skal skjøne omgrepa i ei slik forklåring: "meining", "tanke", "tru", "kunnskap", "norm", "verdi", "ideal", "teikn", "symbol", "tillit", "lojalitet", "forventning", "von", "identitet", "angst", "sorg", "glede", "indignasjon", "svik". Men ser vi bort frå slike omgrep – som gjev ei rame for å skildre verda frå handlande personar sine synsstader (første person eintal og fleirtal) – står vi utan truverdige forklåringar på det dei gjorde. Mange – særleg filosofar og psykologar – meiner at slike omgrep kan eliminerast. Men ingen har lukkast. Dei støyter på same vansken: Korleis kan vi identifisere og forklåre handlingar utan slike omgrep?

Meining er viktig for medisinen: Faget kan neppe mangle truverdige forklåringar på kvifor folk handlar som dei gjer når det gjeld helse og sjukdom. Eitt døme: Soga om Anton og Johanna forklarar kvifor somme ikkje følgde lækjaren sine råd. Det er manglande etterleving, som er mykje drøfta. Om folk ikkje følger lækjaren sine råd, kan han gjere lite. Det finst mange grunnar til manglande etterleving, til dømes konkurrentar til lækjaren, som set folk i lojalitetsklemmer. For å skjøne fenomenet treng vi omgrepa eg nemnde ovanfor, samt ei rekkje andre ting, som at folk kan ha dårleg råd eller lita tid.

Helsefaga – medisinen inkludert – er underlagde *subjektivitetsprinsippet* (2). Faga treng omgrep som skildrar verda frå handlande personar sine synsstader. Personar handlar i lys av den tydinga og verdien ting har for dei. Dei er *sjølvtolkande dyr* (3–5): Personleg og sosial identitet er medbestemde av normer, verdiar, og idéar om sjølv, andre og røyndomen. Tanken om at personar handlar på grunnlag av tyding og verdi har stor forklaringskraft. Om folk definerer ein situasjon som verkeleg, får han ofte verkelege verknader. Det er ein viktig idé i humanvitskapane, kalla *Thomas-teoremet*, etter den amerikanske sosiologen W.I. Thomas (6, 7). Thomas-teoremet uttrykker ein idé om sambandet mellom menneske sine oppfatningar og dei sosiale verknadene av oppfatningane: Oppfatningar kan vere kausalt verksame, sjølv om dei er feilaktige. Spøkelse vert ikkje skapte av trua på at dei finst. Men trua på spøkelse kan frambringe verknader som er dei same som dei som ville ha førekomme, om spøkelse faktisk hadde funnest. Angst for spøkelse kan skapast av spøkelse. Men slik angst kan også skapast av trua på at spøkelse finst, sjølv om dei faktisk ikkje finst. For samfunnsforskaren er det viktige i og for seg ikkje om spøkelse finst, men dei handlingsmessige og sosiale konsekvensane av trua på spøkelse. Thomas-teoremet har difor eit skjæringspunkt med placeboeffekten (8). Det kan tenkast – som ein hypotese – at placeboeffekten illustrerer ein type mekanisme som Thomas-teoremet er ei meir generell formulering av. I den samfunnsvitskaplege litteraturen har teoremet særleg vore knytt til diskusjonen av sjølvoppfyllande spådomar (9, 10).

Sosiale relasjonar

Ofte er den beste forklaringa på kvifor nokon gjer det han gjer, at han samhandlar med, står i visse relasjonar til, eller handlar på grunnlag av noko han har frå, eller deler med, andre. Når vi snakkar og skriv, brukar vi språk som vi deler med andre. Andre kan ha legitime krav til oss, fordi vi har ein bestemd posisjon. Ofte er vi tvinga av at andre kontrollerer noko vi treng, og vi har ingen – eller berre ekstreme – alternativ. Handlingane våre er ofte reaksjonar på andre sine handlingar, og deira på våre. Handlingane våre kan føregå i tunge institusjonar som gjev dei retning, og som avgjer kva verknader dei får. Ikkje alle handlingar har dei tilsikta verknadene, og alle handlingar har verknader som verken er tilsikta eller erkjende.

"Samhandling", "rolle", "institusjon", "organisasjon", "klasse", "lagdeling", "stat", "utilsikta verknader", "kultur", "makt", og "autoritet" er omgrep som viser til strukturelle vilkår som menneske handlar under, og verknader av handlingar, som kan summere seg til uønska mønstre. Forklaringar med slike omgrep er ofte dei beste tilgjengelege for fenomen som er viktige for helsefaga. Eg skal ta to slags døme.

Den første typen er enkel nok, og erkjend. Mange sjukdomar, som ikkje har sosiale årsaker, har sosialt skeiv distribusjon. Dei råkar nokre grupper meir enn andre. Mange sjukdomar er typiske "fattigdomssjukdomar". Vilkår for helse er òg skeivt distribuerte. Dei beste forklaringane på sosialt skeiv distribusjon av sjukdom og vilkår for helse er samfunnsvitskaplege, ikkje medisinske. Dei viser til strukturelle vilkår av sosial art, eller til trekk ved samhandlingsmønster under visse vilkår. Slike ting kan medisinen ikkje mangle dei beste tilgjengelege forklaringane på. Det er avgjerande viktig, til dømes i førebygging.

Den andre typen døme gjeld helsefaga si sjølvforståing. Eg rører då kanskje ved eit ømt punkt. Ein del kritikk av moderne medisin – særleg i media – går på at lækjarar manglar sosial kompetanse. Pasientane opplever at dei ikkje bli tekne på alvor. All kritikken er neppe rettvis. Mangel på tid og ressursar kan gje same utslaga som mangel på sosial kompetanse. Noko av kritikken kan òg skuldast urealistiske voner til kva helsefaga kan yte. Men eg har hatt nok rare møte med lækjarar til å tru at det er noko i kritikken.

Helsefaga er fag og profesjonar. Ein profesjonsutøvar i helsefaga har ein bestemd kompetanse, som vert utøvd i relasjonar mellom menneske, til dømes mellom lækjar og pasient. Det er utøving av kompetanse i *kommunikative relasjonar mellom menneske*. Ein ingeniør bygger bruer, tunnelar og andre ting i samarbeid med andre. Lækjarar og sjukepleiarar arbeider òg i team. Men det dei gjer er ikkje heilt samanliknbart med å bygge ei bru. For dei samhandlar med menneske som kan tenke og undre seg, og har eigne tankar om helse og sjukdom, lidning og død. Kommunikative relasjonar ligg i kjerna på slik profesjonsutøving. Dei bygger på tillit, men kan vere truga av makt, stivna tradisjonar og slett organisering. Å skjønne relasjonane mellom pasientar og lækjarar, og mellom profesjonar, krev samfunnsvitskaplege omgrep, som bør høyre til profesjonane si sjølvforståing. Mykje av det som skjer mellom lækjar og pasient er bestemt av medisinsk kompetanse. Men sosiale relasjonar lever eigne liv, og dette må det gjerast greie for med forklaringar henta frå samfunnsfaga. Ofte har diskusjonar i medisinske tidsskrift undra meg. Til dømes har spørsmålet om tillit blitt eit stort tema dei siste åra. Mange lækjarar meiner, noko eg er samd i, at relasjonen mellom lækjar og pasient bygger på tillit. Utan det bryt han saman, slik mykje bryt saman utan tillit. Mange lækjarar veit òg at relasjonen er asymmetrisk med omsyn til makt. Men nesten ingen av debattantane i dei medisinske tidsskrifta synest vite – eller bryt seg om – at det finst langt meir avanserte drøftingar av tillit og makt i samfunnsvitskapleg enn i medisinsk litteratur. Slike spørsmål

spørsmål har høyrte til samfunnsvitskapane sine interesse-område sidan dei oppstod. Men eg kan telje på ei hand dei referansane eg har funne i medisinske tidsskrift til sentrale samfunnsvitskaplege arbeid om tillit og makt.

Historie

Ein type historisk forklaring går på å vise kvifor eit fenomen er som det er ved å kartlegge endringar i ein tidsperiode. Vi kan skjøne det norske politiske systemet ved å vise til endringar frå 1814: utviding av stemmeretten, parlamentarismen i 1884, danning av politiske parti og fagorganisasjonar på slutten av 1800-talet, velgarmobilisering, regional mobilisering og sentrum-/periferi-konfliktar, endringar i utdanningssystemet, svekking av partiloyalitet, ei meir og meir partiuavhengig presse og aukande livssynspluralisme. Politiske system i ulike land er ofte like på overflata, men fungerer likevel ulikt.

Parlamentarisme i Noreg er ikkje heilt det same som parlamentarisme i England. Histore kan gje blikk for tradisjonar, og kvifor tradisjonar er ulike, samt grunnleggjende idéar om kva endringar som kan fungere. La meg ta eit døme, som ikkje har noko å gjere med helse.

Mjøs-utvalet føreslår ei ordning for oppgradering av høgskular til universitet. Stettar ein høgskule visse kriterier, kan han bli universitet. Eit uavhengig organ skal vurdere dette. Eg trur ikkje at eit slikt system vil fungere i Noreg, av to grunnar. Det er i norsk politisk tradisjon tilnærma umogleg å skape eit slikt organ som ikkje kan politisk overstyrast. Vi har ingen tradisjon for politisk uavhengige organ med så mykje makt. På sikt kan difor kriteria i praksis bli meir politiske enn vitenskaplege. Dessutan, om systemet skal fungere, må ein kunne nedgradere ein institusjon som slappar av på kvalitetskrava. Med distriktsinteressene si sterke stilling i Noreg kan det bli umogleg å gjere dette, trass i gode hensikter. Norsk politisk tradisjon gjer meg ”informert skeptisk” til Mjøs-utvalet sitt framlegg.

Helsevesena i mange land er òg på overflata nokså like, men fungerer ofte ulikt likevel. Noko av det skuldast ulike lovverk, og ulik økonomisk situasjon. Men mykje skuldast ulike tradisjonar, med element som har kome til på ulike tidspunkt, og som ikkje er nedfelte i lover og regelverk. Kjennskap til det kan danne grunnlaget for den ”informerte skepsis” som helsevesenet òg treng, ikkje minst for å vurdere endringsframlegg.

Avslutning

Det er ein veikskap ved helsefaga om dei overser fenomen som er viktige for helse og sjukdom. Ein del av kjernespora i medisinen er humanvitenskaplege, ikkje biologiske eller kjemiske. Dei beste tilgjengelege forklaringane finst difor også i humanvitenskapane.

La meg slutte med eit framlegg. Menneskekunnskap kan best lærast i omgang med menneske. Men i samansette og uoversiktlege moderne samfunn kan lækjaren trengje meir sosial og historisk innsikt enn dagleglivet sin menneskekunnskap. Korleis kan medisinarar orientere seg når det gjeld dei beste tilgjengelege forklaringane på fenomen som i og for seg ligg innafor andre fag sine kjerneområde? I dag finst det neppe noko alternativ til eiga søking i samfunnsvitenskaplege bibliotek og databasar. Eit framlegg kan vera dette: Med moderne datateknologi må det vere råd å bygge opp arkiv med abstrakt over sentrale samfunnsvitenskaplege arbeid med særleg relevans for medisinen, og arkiv med forklaringar av sentrale samfunnsvitenskaplege omgrep og teoriar, og la dette gå inn i databasar for kunnskapsbasert medisin. Kunnskapsbasert medisin er ein omstridd tanke. Men det kan vere ein god tanke, dersom kunnskapsbasen er utfyllande nok. Er det kanskje ein idé å la kunnskapsbasen omfatte eit kulturarkiv?

LITTERATUR:

1. Snow CP. The two cultures and the scientific revolution. Cambridge: Cambridge University Press, 1959.
2. Skjervheim H. Objektivismen og studiet av mennesket. Oslo: Gyldendal, 1974: 36.
3. Taylor C. Philosophical papers I-II. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
4. Grimen H. Stärka värderingar och holistisk liberalism. Innleiing til C. Taylor: Identitet, frihet och

gemenskap, Göteborg: Daidalos, 1995: 9 – 97.

5. Fossland J, Grimen, H. Identitet, selvforståelse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget, 2000, under trykking.

6. Thomas WI, Thomas DS. The child in America. Behavior problems and programs. New York: A.A. Knopf, 1928: 571 – 2.

7. Merton RK. The Thomas theorem and the Matthew effect. Social Forces 1995; 74: 379 – 424.

8. Broch OJ. Placeboeffekten. Om innbilte, virkelige og målbare effekter. I: Larsen SU, red. Teori og metode i samfunnsfaga. Oslo: Samlaget, 1999: 93 – 105.

9. Merton RK. Social theory and social structure. New York: The Free Press, 1968.

10. Gilje N, Grimen H. Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Oslo: Universitetsforlaget, 1993: 127 – 32.

Publisert: 10. desember 2000. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no