

Hovedoplæg: Den magtfulde diagnose: Mild demens eller huskebesvær?



Diagnoser har altid konsekvenser. Dette var budskabet for Nanna Mik-Meyers oplæg, der tog udgangspunkt i, at patientrollen ikke er givet på forhånd, men opstår gennem forhandlinger mellem borgere og institutioner.

Nanna Mik-Meyer, sociolog, lektor, Institut for Organisation, CBS

Patientroller bliver formet alt efter hvilke institutioner, der er ansat til at varetage en diagnose. Problemerne opstår, hvis borgeren føler sig misforstået, fordi deres oplevelse af egen situation modsvarer det, de professionelle oplever og udtrykker. De professionelle inde for sundhedsområdet har i højere grad end tidligere en coachen-

de tilgang til borgerne, hvilket har konsekvenser for interaktionen. Den professionelle kan blive meget manipulerende, hvis hun i for høj grad forsøger at få borgeren derhen, hvor hun som behandler ser dem. Et eksempel er revalideringscentre, hvor man sendte uafklarede borgere hen til afklaring i fht. arbejdsmarkedet. Mange af borgerne havde et langt arbejdsliv bag sig og var nedslidte på en måde, som ikke kunne diagnosticeres. Én borger henviste til fysiske smerte, hvilket den ansatte tolkede som en konsekvens af mental ubalance. Den professionelle havde en faglig baggrund i psykologi, og kunne derfor hovedsageligt bidrage med viden inde for dette felt. Borgerens oplevelse blev altså transformeret, så problemforståelsen svarer det, den professionelle arbejder med. Transformation, hvor et fysisk problem bliver til et socialt eller psykologisk problem, opstår altså fordi systemet rummer et bestemt perspektiv.

Stigma og stemping

Det, vi forstår som et stigma eller en afvigelse, må aldrig forstås som karakteristika hos individuelle personer. Hvad vi ser som afvigende adfærd, bliver bestemt i en forhandling mellem individet og omgivelserne. Et eksempel er vores ændrede holdning til homoseksualitet. Opfattelsen af homoseksualitet er ændret fra at være en re-

gulær sygdom til at være accepteres fuldt ud. Vi må derfor altid se på en udgrænset gruppe i lyset af det omgivende samfund. Det er de mennesker der ikke udviser den adfærd, som den herskende norm foreskriver, der bliver karakteriseret som problemgrupper. Spørgsmålet er så, om det siger mest om de herskende normer eller om gruppen med den afvigende adfærd.

Dårlig hukommelse eller mild demens

Der er stor forskel på, om man i familien bliver opfattet som en, der husker meget dårligt, eller om man har fået diagnosen mild demens. Det vil ændre opfattelsen af den ældres tilstand, både hos den ældre selv og hos familien og omgivelserne. Vores identitet skal altid valideres eksternt, og mange med diagnoser søger ind til patientforeninger for at få sin selvopfattelse spejlet og blive mødt og forstået.

Forhandling af sygeidentiteter

Vi har en tendens til at glemme den historiske og kontekstuelle grund for de selvfølgeligheder, vi har i vores samfund, som ikke nødvendigvis altid har eksisteret. Et eksempel er vores forståelse af overvægt som uønsket samfundsproblem. Det er i dag uantasteligt, at det sunde liv ikke også er det gode liv. Når vi har mobiliseret en opfattelse af, at den sunde borger er idealborgeren, er det

umuligt overhovedet at tale om, at en overvægtig person kan have et godt liv. Konsekvenserne af dette stigma kan være, at overvægtige per automatik bliver set på som personer, der har problemer på mange områder - man er ikke en god forælder, man har nok personlige problemer osv. Vi skal altså være meget påpasselige med at gøre os til dommere over, hvad der 'rigtig' og 'normalt'. I forhold til demens bør man måske overveje, hvor meget man skal kunne huske, før man kan siges at have demens. Hvor meget skal en 80-årig kunne huske, før vi anser det for normalt. Den grænsedragning vi bruger til at definere normalitet, er med til at bestemme, hvor mange diagnoser, der er i samfundet.

Forebyggelsens tialder

En konsekvens af, at vi hele tiden bliver bedre til at diagnosticere, er, at "normalborgeren" pludselig konstant er potentielt syg. Det store fokus på det biomedicinske og genfokuserede, viser, at vi stort set allesammen er disponeret for en eller flere sygdomme. Fordi vi er i stand til at diagnosticere os selv mere, ender vi med hele livet at være på flugt fra de potentielle risici, på trods af, at der i virkeligheden er ganske få ting, der bestemmer, hvornår livet slutter.

Økonomiske interesser

I sociologisk forskning har man altid medicinalindustrien med, fordi den er så magtfuld og har tilføjer store økonomiske bidrag til forskningen. De meget centrale aktører inden for medicinalindustrien er altså med til at forme en diskurs, der sygeliggør en bestemt gruppe mennesker. Problemet i dette er, at de oftest har en økonomisk interesse i at få en bestemt gruppe mennesker sygeliggjort, så denne gruppe mennesker pludselig har brug for medicin. Et eksempel er et bestemt medikament til sukkersygepatienter, som man gerne vil have godkendt til overvægtige. Ved at målrette dette medikament til overvægtige, gør man denne gruppe til potentielle sukkersygepatienter, hvilket måske ikke er nødvendigt eller hensigtsmæssigt.

Kontakt oplægsholder:
Nmm.ioa@cbs.dk