

Den magtfulde diagnose: Mild demens eller huskebesvær?

Nanna Mik-Meyer, sociolog, lektor, Institut for Organisation, CBS, Nmm.ioa@cbs.dk

Artiklen er et referat af et oplæg på DKDK's Årskursus 2013.

re nødvendigt at fortælle dem, at vi må revidere diagnosen og fortælle, at det alligevel ikke synes at dreje sig om en progredierende demenssygdom, eller at det drejer sig om en anden demenssygdom. Patienter og pårørende reagerer meget forskelligt herpå. Nogle bliver lettede, men også kede af at de igennem lang tid har måttet frygte for fremtiden på grund af demensdiagnosen. Patienter kan blive irriterede eller vrede over ikke at have fået demensmedicin tidligere på grund af en specifik demensdiagnose, hvor der ikke var medicin, om end vi har større tilbøjelighed ved mistanke om demens at give en diagnose, som der kan behandles for med medicin for at sikre, at patienten får antidemensmedicin på en begrundet mistanke. Andre bliver nærmest vrede over "at få frataget demensdiagnosen". Specielt for patienter, der har været meget engageret i det at være patient, er der meget identitet forbundet med det at være patient, og det kan være vanskeligt at fortsætte arbejdet i den lokale Alzheimerforening, hvis man ikke mere har en demensdiagnose.

Med det øgede pres på tidlig diagnose fra politisk side samt fra kommunerne, kan vi risikere, at patienter med mistanke om demens får en forkert diagnose, fordi det ikke accepteres, at det kan være nødvendigt at følge patienten i en periode, før der kan stilles en sikker diagnose.

Diagnoser har altid konsekvenser. Patientrollen ikke er givet på forhånd, men opstår gennem forhandlinger mellem borgere og institutioner.

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 inden for sundhedsområdet har i højere grad end tidligere en coachende 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 ift. arbejdsmarkedet. Mange af borgerne har et langt arbejdsliv bag sig og er nedslidte på en måde, som ikke kan diagnosticeres. Én borger henviser til fysiske smerter, hvilket den ansatte tolker som en konsekvens af mental ubalance. Den professionelle har en faglig baggrund i psykologi og kan derfor hovedsageligt bidrage med viden inden for dette felt. Borgerens oplevelse bliver transformeret, så problemforståelsen svarer til det, den professionelle arbejder med. Transformation, hvor et fysisk problem bliver til et socialt eller psykologisk problem, opstår, fordi systemet rummer et bestemt perspektiv.

Stigma og stempling

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 blive betragtet som en regulær sygdom til at blive accepteret 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 en familie 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 deres selvopfattelse spejlet og blive mødt og forstået.

Forhandling af sygeidentiteter

Vi har en tendens til at glemme den historiske og kontekstuelle grobund for de selvfølgeligheder, vi har i vores samfund, som ikke nødvendigvis altid har eksisteret. Et eksempel er vores forståelse af overvægt et 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 kun-

ne 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 tidsalder

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 alle 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 det i virkeligheden er ganske få ting, der bestemmer, hvornår livet slutter.

Økonomiske interesser

I sociologisk forskning indgår medicinalindustrien med, fordi den er magtfuld og tilfører store økonomiske bidrag til forskning. De meget centrale aktører inden for medicinalindustrien er med til at forme en diskurs, der sygeliggør en bestemt gruppe mennesker. Problemet i dette

er, at medicinalindustrien oftest har en økonomisk interesse i at få en bestemt gruppe mennesker sygeliggjort, så denne gruppe 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.

Foto: © www.foto-arkiv.dk og Lillian Møller

