



Foto: Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten

Magne Nylenna

(f. 1952) er cand.med. (1977) og dr.med. (1988) fra Universitetet i Oslo. Fra 1987 til 2002 var han redaktør av Tidsskrift for Den norske legeforening og senere generalsekretær i Legeforeningen. Fra 2005 er han redaktør av Helsebiblioteket, no, og fra 2011 også direktør for Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten. Han er professor II i samfunnsmedisin ved NTNU og Universitetet i Oslo. Han har vært særlig opptatt av formidling, har publisert flere hundre medisinske fagartikler og vært redaktør og forfatter av et tjuetalls bøker, bl.a. Store medisinske leksikon og Medisinsk ordbok. Han ledet Nylenna-utvalget, som laget utkast til helseforskningsloven.

Fra fagfolk til folk flest

Utviklingstrekk i medisinsk fagformidling

En viktig del av legerollen handler om kommunikasjon og formidling. Formidling av fagkunnskap mellom leger, og fra leger til enkeltpasienter og befolkningsgrupper har hatt ulike former gjennom tidene. Mens den individuelle lege-pasient-kommunikasjonen stort sett har skjedd bak lukkede dører, har den vitenskapelige formidlingen foregått i medisinske tidsskrifter og faglige møter, og helseopplysningen hovedsakelig gjennom massemedier. Denne analysen av utviklingstrekkene i fagformidlingen konsentrerer seg først og fremst om den åpne, grupperettede informasjonen til folk flest.

I mer enn 150 år har medisinsk fagformidling mellom leger og fra leger til pasienter og publikum fjernet seg fra hverandre. Ulik språkbruk og forskjellige kommunikasjonsmetoder har skapt store skiller mellom vitenskapelig publisering og formidling til folk flest. Høyere utdanningsnivå i befolkningen, moderne informasjonsteknologi, lovfestede brukerrettigheter og en endret holdning til åpenhet og kunnskapsdeling har endret situasjonen. I økende grad møter lekfolk og fagfolk nå den samme informasjonen. De seneste tiårene har det også skjedd en tilnærming mellom medisinsk fagterminologi og allmennspråket. Den tradisjonelle, oftest massemediabaserte helseopplysningen avløses av nye formidlingsformer. Internett og sosiale medier endrer helsejournalistikken, setter dagsorden for medisinske spørsmål og flytter makt. Paradoksalt nok gjør dette fagformidlingen mer lik situasjonen på begynnelsen av 1800-tallet: Skillet mellom profesjonsbasert formidling og formidling til folk flest viskes ut. Den autoritative grupperettede informasjonen fra noen «som vet», til noen «som ikke vet», erstattes av mer uoversiktlige og individorienterte kommunikasjons-systemer.

De eldste tider

Gjennom det meste av menneskehetens historie har informasjon om forebygging og behandling av sykdom blitt formidlet mellom enkeltpersoner, fra noen som hadde råd å gi, til noen som ønsket råd.

Først for vel 200 år siden oppsto det et klart skille mellom fagformidling mellom leger og formidling fra leger til folk flest. Inntil da hadde beretninger om sykdomstegn og -behandling stort sett blitt delt åpent både i skrift og tale. I middelalderen var medisinske tekster samlet i såkalte legebøker. De etterfulgte urtebøkene, beskrivelser av medisinsk bruk av planter, som kan kalles den eldste form for medisinsk litteratur. Legebøkene inneholdt ofte avskrifter fra urtebøkene og andre tidligere skrifter, sjelden med kildeangivelse. I Norden var de viktigste legebøkene skrevet av danskene Henrik Smid (ca. 1495–1563) og Christiern Pedersen (ca 1480–1554). Henrik Smid utga en rekke bøker, mest kjent er kanskje *En skøn Nyttelig Lægebog indhollandis mange skøne*

forfarne Lægedømmer. Pedersens *En nøttelig Legebog faar Fattige och Rige* fra 1533 handler om «mange atskillige Siwgdømme som menniskene hender til ath komme paa deris legeme i mange honde maade Oc om gode raad oc Legedømme til dem Ath de som lese kunde mwe hielpe dem selffue oc andre flere met vrter som her voxte i Riget». De som kunne lese, var langt fra folk flest, men om det fantes en urtebok eller legebok tilgjengelig, var budskapet like viktig for lek som for lærd.

Johann Clemens Tode (1736–1806), opprinnelig tysk, men professor ved Københavns Universitet, utga flere tidsskrifter og var med på å organisere målrettet fagformidling mot ulike grupper. Tidsskriftet *Sundhedstidende* «indeholdende fattelige Oplysninger og nyttige Efterretninger om livs og Helbreds Farer og Redningsmidler» er fra slutten av 1700-tallet et eksempel på den første helseopplysningslitteraturen som hadde allmennheten som primær målgruppe (1).

Medisinsk profesjonalisering endret situasjonen

Skillet mellom fagfolk og folk flest ble tydeliggjort med profesjonaliseringen av medisinen. Opprettelsen av det medisinske fakultet ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania i 1814 var for Norge en av milepælene i så måte (2). Profesjonsbygging forutsetter en avgrensning fra andre både i ferdigheter, kunnskapsgrunnlag og kommunikasjon. Den profesjonelle, vitenskapsbaserte medisinen fikk sine egne, interne formidlingskanaler. De første internasjonale medisinske tidsskriftene ble grunnlagt på denne tiden, *The New England Journal of Medicine* i 1812 og *The Lancet* i 1823. Det første norske medisinske tidsskriftet, *Eyr*, ble etablert i 1826. Da fantes det et hundretall leger i Norge. De medisinsk-vitenskapelige tidsskriftene ble viktige ikke bare som kanaler for kunnskapsformidling mellom leger, men også som identitetsskapende symboler og møteplasser (3). I skriftlig form dominerte reiseberetningene, der leger beskrev sine observasjoner og analyser basert på studieturer til Europas ledende sykehus, og kasuistikkene, der erfaringer og opplevelser med enkeltpasienter ble gjengitt. Den muntlige fagformidlingen mellom leger skjedde i lukkede foreninger og vitenskapelige selskaper. Viktige budskap spredte seg likevel raskt mellom fagfolk. Under et halvt år etter at William T.G. Morton (1819–68) i 1846 demonstrerte bruken av eter som anestesimiddel i Boston, USA, ble metoden brukt ved Rikshospitalet (4).

Mens medisinsk forskning og fagutvikling utover på 1800-tallet til dels revolusjonerte kunnskapsgrunnlag og praksis, ble mye av det som ble formidlet til folk flest, hengende ved fortidens ideer. Den vitenskapelige og folkelige medisin vokste fra hverandre. Det gjorde også kommunikasjonskanalene og språket. Ulike formidlingskanaler ledet til tydeligere forskjeller mellom fagfolk og folk flest i fortolkning og forståelse av helseproblemer. Det er viktig å huske at på denne tiden var den offentlige helsetjenesten lite utbygget, og den folkelige tradisjon og de folkemedisinske utøverne dominerte. Først fra midten av 1800-tallet ble en tydelig offentlig helsepolitikk synlig, og den profesjonelle sektoren vokste da raskt. «Dette endret forholdet mellom de ulike sektorene på den medisinske markedsplassen» heter det i en analyse av forholdet mellom vitenskapelig og alternativ medisin (5). Forskjellen og forholdet mellom den folkelige og den profesjonaliserte medisinen avspeilte seg også i hvordan kunnskap ble formidlet.

«Formidling av fagkunnskap mellom leger, og fra leger til enkeltpasienter og befolkningsgrupper har hatt ulike former gjennom tidene.»

«De medisinske vitenskapelige tidsskriftene ble viktige ikke bare som kanaler for kunnskapsformidling mellom leger, men også som identitets-skapende symboler og møteplasser.»

Helseopplysningslitteraturen på denne tiden handlet vesentlig om sunnhetsfremmende livsstil og råd om sykdomsbehandling, og var i hovedsak skrevet og utgitt av enkeltpersoner, ikke bare leger. Eilert Sundt (1817–75) og hans undersøkelser og publikasjoner om hygieniske forhold er et eksempel. Sundt var lenge redaktør av bladet *Folkevennen*, som ble utgitt av *Selskabet til Folkeopplysningens Fremme*, og som også brakte helsestoff. Det første helsetidsskriftet i Norge rettet mot allmennheten var *Folkets Helse. Tidsskrift for Menigmand paa Kysten*, som ble etablert av legen Ove Guldberg Høegh (1814–63) i 1858. Høegh skrev først og fremst om sykdomsforebyggende tiltak, som kosthold, hygiene og boligforhold (6). *Sundhedsbladet*, som ble grunnlagt i 1881 og fortsatt eksisterer under navnet *Sunnhetsbladet*, var en særlig viktig kunnskapskilde for folk flest da legen og helseopplyseren Oscar Egede Nissen (1843–1911) var redaktør fra 1886 til 1889.

De smittsomme sykdommene dominerte gjennom hele 1800-tallet. Det var først mot slutten av århundret, med bakteriologiens gjennombrudd, at de ulike smittestoffene ble identifisert. I mellomtiden utviklet det seg gradvis en forståelse av hvordan smitten spredte seg. Spenningen mellom de såkalte miasmatiske, som mente at sykdom oppsto på grunn av dunster og gasser, og kontagionistene, som trodde på mer konkrete smittestoffer, er velkjent. Kontagionisten Ernst Lochmann (1810–91) viste seg å ha rett i sin tro på smittestoffenes betydning. I denne forbindelse er det viktigere at han var den første medisiner her til lands som systematisk tok i bruk massemediene i sitt faglige arbeid (2). I tillegg til et stort engasjement blant annet i Det norske medicinske Selskab var Lochmann aktiv i pressen, spesielt i *Morgenbladet*, der han gjennom en lang rekke artikler og innlegg førte fagdebatten ut til folket.

Sunnhetslitteraturen skiftet for øvrig karakter mot slutten av det 19. århundret, skriver Aina Schiøtz i sin gjennomgang av det offentlige helsevesenets historie (7): «Først ble fokus flyttet fra land til by, fra landallmuens 'notoriske' urenslighet til byarbeidernes 'slette' hygieniske vaner. Dernest, fra 1880-årene, satte mikrobiologien sitt preg på innholdet, idet stadig flere bøker, blader og hefter omhandlet bakterienes uregjerlige og livstruende vesen. Samtidig dukket det opp en hel rekke nye publikasjoner, en utvikling som fortsatte inn i det nye tiåret. Innholdsmessig kan endringen karakteriseres som en bevegelse fra lykksalighetslære til vitaminer».

Den vitenskapelige publisering

Rundt 1840 fantes det på verdensbasis sannsynligvis ikke mer enn 300 vitenskapelige tidsskrifter til sammen. Medisinsk forskning og vitenskap har vokst mer enn de fleste fagområder, og 150 år senere var det over 25 000 medisinske tidsskrifter alene (8). En gjennomgang fra 1961 av all vitenskapelig litteratur gjennom 300 år konkluderte med at veksten hadde vært ganske konstant, med 5–7 % årlig økning i antall tidsskrifter (9).

Vitenskapelig fagformidling ble standardisert og profesjonalisert på samme måte som medisinen selv. Anekdotiske fortellinger ble avløst av formalisert vitenskap. Relativt kortfattede vitenskapelige artikler erstattet gradvis mer omfattende avhandlinger og monografier, og artiklene fikk en standardisert form. Fra begynnelsen av det 20. århundret ble den såkalte IMRAD-strukturen

(innledning, metode, resultat (and) diskusjon) anbefalt. Strukturen ble etablert etter den andre verdenskrig, fikk sitt gjennombrudd i 1970-årene og er nå nærmest enerådende (10). Et artikkel-sammendrag som tidligere sto på slutten av en artikkel, ble i 1960-årene flyttet helt forrest og kalt «abstrakt» (11).

Spesialisering og internasjonalisering har preget medisinen – og utviklingen av medisinske publiseringskanaler. Dette har hatt stor betydning for utviklingen av det medisinske fagspråket, og slik sett også for kommunikasjonskløften mellom profesjonelle og publikum. Gjennom tidene har flere verdensspråk dominert den internasjonale vitenskapsformidlingen. Latin var akademisk hovedspråk det meste av 1800-tallet, mens fransk og særlig tysk overtok deretter. Så sent som for ett hundre år siden var tysk det viktigste publiseringsspråket i medisin. At engelsk i dag er blitt så å si enerådende, skyldes først og fremst USAs utvikling i det 20. århundret. Utfallet av to verdenskriger, teknologiske gjennombrudd, film- og underholdningsindustri og en dominerende politisk og økonomisk rolle har medført at amerikansk kultur og språk preger store deler av verden i dag. Innen medisin har utviklingen mot engelsk språk gått raskere enn på de fleste andre områder. Faktisk har det meste skjedd i løpet av én generasjon. I 1990-årene var 70 % av all vitenskapelig litteratur på engelsk. Ti år senere var 90 % av de medisinske publikasjonene engelskspråklige (12).

Den profesjonelle fagformidlingen i Norge har foregått både i nasjonale og internasjonale fora, både på norsk og andre språk. Norsk medisinsk litteratur ble på 1800-tallet hovedsakelig skrevet på dansk, som var skriftspråket i Norge, og var først og fremst til nasjonalt bruk. Det var profesjons- og fagbyggende stoff, og en viktig del av nasjonsbyggingen og den nasjonale medisinske identitet (13). Den medisinske faglitteraturen var lenge en viktig del av norsk sakprosa, og fikk slik sett også plass i litteraturhistorien (14). Rundt forrige århundreskifte fantes det tre norske, medisinske tidsskrifter: *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, *Tidsskrift for Den norske lægeforening* og *Medicinsk Revue*.

Både den gradvise internasjonaliseringen av medisinen og dominansen og autoriteten til utenlandske, spesielt engelskspråklige tidsskrifter har i sterk grad påvirket terminologien og fagkommunikasjonen mellom leger.

Massemedienes utvikling

Mens de vitenskapelige tidsskriftene ble den viktigste arenaen for fagformidling mellom leger, ble blader, aviser og etter hvert radio og tv viktigst for formidlingen til allmennheten. Det er mange forutsetninger for å nå folk flest med et budskap. Trykte medier er ikke bare avhengig av skrivende formidlere og lesekyndige mottakere. Både trykketeknikk og papir, distribusjonssystemer, leselys og for den del også leselyst må være på plass.

Pressen utviklet seg til det vi nå kaller massemedier, både i kraft av et økende opplag og et økende mangfold rundt forrige århundreskifte (15). Samtidig som medisinen fikk store gjennombrudd i bakteriologi og antiseptikk, fikk mediene tilsvarende gjennombrudd med oppfinnelsen av tre-

«Rundt 1840 fantes det på verdensbasis sannsynligvis ikke mer enn 300 vitenskapelige tidsskrifter til sammen. Medisinsk forskning og vitenskap har vokst mer enn de fleste fagområder, og 150 år senere var det over 25 000 medisinske tidsskrifter alene.»

«Fra begynnelsen av det 20. århundret ble den såkalte IMRAD-strukturen (innledning, metode, resultat (and) diskusjon) anbefalt. Strukturen ble etablert etter den andre verdenskrig, fikk sitt gjennombrudd i 1970-årene og er nå nærmest enerådende.»

massepapir og rotasjonstrykk. Den første norske papirfabrikken ble riktignok grunnlagt i 1698, men det var først på slutten av 1800-tallet moderne, tremassebaserte papirmaskiner ble bygget. Når det gjelder leselys, kom parafinlampene til Norge først i 1863, og den elektriske glødelampen, som Thomas Alva Edison (1847–1931) oppfant i 1879, ble først installert i et norsk hjem i 1885. Kun hvert tiende norske hjem hadde elektrisk belysning ved århundreskiftet (16). Mens det omkring 1890 var omkring 100 aviser i Norge, var tallet doblet ved unionsoppløsningen i 1905 (17).

Den betydningen aviser, radio og tv har hatt for helseopplysning og helseoppfatning hos folk flest gjennom det 20. århundret, kan neppe overvurderes (18). Formidling av medisinske nyheter og nyvinninger, og råd om forebygging og behandling av sykdommer har vært en viktig del av allmennmedienes innhold. Diskusjonen om hvor saklig og vitenskapelig velfundert mediens formidling av medisinsk fagstoff har vært, har tiltatt med økende mengde helsestoff i mediene. Grunnlaget for de fleste medisinske nyhetsopplagene har vært vitenskapelige publikasjoner, og en rekke studier har analysert samsvaret mellom budskapet i medisinske tidsskrifter og i aviser. En omfattende studie av amerikanske avisers dekning av artikler i *New England Journal of Medicine* og *JAMA* i 1988 konkluderte med at dekningsgraden var «extensive, prominent, and timely» (19). Studien viste at viktige forskningsresultater fikk særlig god og grundig pressedekning, og at det var lite å utsette på kvaliteten på avisenes helsestoff. En tilsvarende britisk studie noen år senere konkluderte noe mer kritisk, først og fremst fordi pressedekningen der ikke tok hensyn til den vitenskapelige kvaliteten på ulike studier, og fordi såkalte «dårlige nyheter» fikk uforholdsmessig stor plass (20).

Her i landet vurderte Knut Lote & Nina Aass kvaliteten på presseopplag om medisinske emner i seks norske dagsaviser i 1995. De konkluderte med at den medisinske informasjonen var adekvat i 85 % av oppslagene, og bare 4 % av oppslagene var feilaktige (21). Welde Johansen og medarbeidere var mer kritiske i sin vurdering av helsestoffet i norsk presse, og etterlyste mer samarbeid mellom fagfolk og journalister i medisinsk fagformidling (22). En samtidig kartlegging av legenes oppfatning av massemediene som Legeforeningens forskningsinstitutt sto bak, viste at nesten fire av ti leger var misfornøyde med pressens omtale av medisinske spørsmål (23). Endringer i pressens rolle, med mer vekt på kontroverser og uenighet, også i medisinske spørsmål, har nok hatt betydning for legenes skepsis til mediene (24).

Det er godt dokumentert at allmennmedienes dekning av medisinske emner former befolkningens oppfatning. Folks oppfatning av sykdommers alvorlighet og hyppighet avgjøres langt på vei av hvor ofte og hvordan sykdommene omtales i media (25). Med økende konkurranse om lesernes tid og oppmerksomhet kan fristelsen til å gi saker et mer sensasjonelt preg enn fakta gir grunnlag for, bli stor. Slik skapes både falske forhåpninger og uberettiget frykt i befolkningen (26).

Forholdet mellom medier og medisin, også kalt «mediehelse» (27), avspeiler også endringer i mediens rolle i samfunnet. Mediens hovedoppgave har gradvis gått fra autoritetstro informasjonsformidling til mer granskende og kommenterende journalistikk. Helsejournalistikk som spesialområde vokste frem fra 1960-årene, men har den senere tid blitt svekket igjen på grunn av økonomisk trangere tider i pressen. Dagens nyhetsmedier preges av stor konkurranse om oppmerksomhet

og lesere, til tider uklar blanding av informasjon og underholdning («infotainment») og sterk individorientering. Såkalt du-journalistikk gir utslag også på det medisinske området. Oppslag om «Anna (88)» som ikke får sykehjemsplass, eller «Knut (25)» som ble skadet etter en operasjon, er karakteristisk.

I en avhandling om utviklingen i Danmark har Anker Brink Lund tatt utgangspunkt i pressedekningen av smittsomme sykdommer og beskrevet flere faser (28). Helt til 1960-årene var leger enerådende som kilde for mediene. Fra 1970-årene ble pressedekningen mer konsumentorientert, og allerede cirka ti år senere var det flere pasienter enn leger som var kilder for oppslagene. Mot slutten av det 20. århundret dominerte pasientperspektivet, blant annet gjennom sterke pasientorganisasjoner.

Opplysning eller propaganda? Eksemplet kosthold

Helseopplysning er definert som «et pedagogisk virkemiddel overfor enkeltpersoner, grupper i befolkningen eller hele befolkningen for å fremme helse og forebygge sykdom. Helseopplysning innebærer ikke bare kunnskapsformidling, men også bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid med mål om endret adferd» (29). Å «fremme helse og forebygge sykdom» har vært hensikten med mye av fagformidlingen til folk flest. Helseopplysning er en offentlig, kommunal oppgave. Mens plikten til å drive helseopplysning tidligere var hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, er det nå folkehelseloven fra 2011 som fastsetter en slik plikt. I folkehelselovens § 7 heter det: «Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.»

Mer enn annen fagformidling har helseopplysningen avspeilet generelle utviklingstrekk i samfunnet. Det gjelder ikke bare hvilke temaer opplysningen har konsentrert seg om, men også hvilke målgrupper den har rettet seg mot. Gjennom det 20. århundret skjedde det en dreining fra strukturelle forhold (levestil) med beslutningstakere som målgruppe for informasjonen til individuelle forhold (livsstil) der enkeltpersoner ble mer ansvarliggjort for egen helse. En analyse av norsk folkehelsepolitikk ved siste århundreskifte avdekker nettopp en slik dreining (30).

Ernæring og kosthold har vært, og er et sentralt tema for helseopplysningen. Mens underernæring lenge var en hovedutfordring, er det nå overernæring som er det største problemet i den norske befolkningen. Med utgangspunkt i ernæringspolitikk og kostholdsråd drøfter Kari Tove Elvebakken om opplysningsvirksomheten i Norge best kan karakteriseres som propaganda eller opplysning, som disiplinierende eller myndiggjørende. Hun peker på 1930-årenes sikringskostarbeid for å hindre underernæring, endringen mot «riktig kosthold» i 1970-årene og de senere statlige kampanjer i massemediene. Fjernsynskjøkkenet med Ingrid Espelid Hovig (f. 1924) og Kaare Norum (f. 1932) preget i over 30 år (1965–96) denne informasjonen. Elvebakkens konklusjon er at «det typiske bildet er at ... opplysning går hånd i hånd med propaganda, og myndiggjøring skjer nødvendigvis gjennom en viss form for disiplinering. De holdningskampanjene og andre tiltakene som har

«Den medisinske faglitteraturen var lenge en viktig del av norsk sakprosa, og fikk slik sett også plass i litteraturhistorien.»

vært satt i gang, har utvilsomt hatt til hensikt å påvirke befolkningens adferdsmønstre i bestemte retninger, men samtidig har de virket opplysende» (31).

Kampanjer i offentlig regi med systematisk bruk av massemedier i kunnskapsformidlingen har vist seg effektive på flere områder, og brukes særlig i arbeidet mot tobakk og andre rusmidler (32, 33).

Informasjon eller markedsføring? Eksemplet legemidler

Utviklingen av effektive legemidler etter den andre verdenskrig er et av medisinenes største fremsteg. Samtidig har informasjonen om legemidler og legemiddelbruk vært en spesiell utfordring for helsetjenesten. Det skyldes blant annet de store økonomiske interessene som er knyttet til produksjon, omsetning og bruk. Oppslag om nye, lovende legemidler har vært særlig populære i aviser og massemedier. Kilden for slike oppslag er vanligvis vitenskapelige publikasjoner, og det er godt samsvar mellom hvilke legemiddeltypene som beskrives i faglitteraturen, og hvilke som omtales i dagspressen. Men dagspressen er gjennomgående mer ukritisk og mindre problematiserende i sin omtale (34).

En evaluering av medieomtalen av 500 nye legemidler og behandlingsmetoder i USA avdekket store svakheter. Journalistene unnlot ofte å drøfte kvaliteten på den dokumentasjonen av effekt som forelå, og de tok sjelden opp de økonomiske konsekvensene og mulige bivirkninger av nye legemidler (35). Akkurat det samme er vist i en gjennomgang av omtalen av nye legemidler i åtte norske aviser. Sigurd Høye & Per Hjortdahl konkluderte med at «Norsk avisjournalistikk om nye legemidler er ofte ukritisk positiv og gir ufullstendig informasjon om fordeler, bivirkninger og kostnader ved medikamentene. I tillegg diskuteres sjelden økonomiske koblinger mellom sitert ekspert og legemiddelprodusenter» (36).

Selv om direkte reklame til publikum for reseptbelagte legemidler er forbudt, har tilgangen på kunnskap om legemidler for folk flest økt kraftig de senere tiårene. Moderne informasjonsteknologi har revolusjonert mulighetene for slik tilgang. Men det har ikke bare vært teknologiske hindre for slik tilgang tidligere. Bekymringene for hva allmenn informasjon om legemidler kunne føre til, ga også begrensninger. Helt frem til 1990 hadde spalten «Medikamentell terapi i praksis» i *Tidsskrift for Den norske legeforening* en fast topptekst som lød slik: «Ønskes stoff i denne spalte omtalt i massemedia, ber vi om at det skjer i samråd med Redaktøren». Reklameforskriftene for legemidler har dessuten hatt utilsiktede konsekvenser. Allmennheten fikk ikke tilgang til sentrale kunnskapskilder. *Felleskatalogen*, oversikten over farmasøytiske spesialpreparater som markedsføres i Norge, og som mange oppfatter som et offentlig oppslagsverk selv om det utgis av legemiddelindustrien (37), kunne gjennom 26 år bare distribueres til helsepersonell. Først i 1984 ble det lovlig å selge *Felleskatalogen* til folk flest!

Synet ikke bare på informasjonsbehov, men også på informasjonsrettigheter er endret de senere tiårene. I et slikt perspektiv er det interessant å lese den siste legemiddelmeldingens omtale av dette: «I hvilken grad en behandling med legemidler er vellykket, vil i mange sammenhenger avhenge av

«Den betydningen aviser, radio og tv har hatt for helseopplysning og helseoppfatning hos folk flest gjennom det 20. århundret, kan neppe overvurderes.»

pasienten selv. Pasienter kan bedre sin kunnskap og forståelse om legemiddelbruk gjennom å etter spørre og motta informasjon. Dagens teknologi gjør det enkelt for forbrukere å skaffe seg omfattende kunnskap om legemidler på egen hånd. Ressurssterke pasienter med kroniske lidelser setter seg ofte godt inn i sin egen helsesituasjon og behandlingsoalternativene. Selv om tilgjengeligheten av informasjon om legemidler er økt i befolkningen, er dette ikke ensbetydende med at legemidler brukes riktigere enn før» (38).

Rett til informasjon og plikt til formidling

Økt rettsliggjøring er et av de mest karakteristiske trekk ved det norske samfunnet mot slutten av 1900-tallet. «Stadig flere områder og detaljer i samfunnslivet blir regulert gjennom lover og direktiver.» heter det i den siste maktutredningen (39). Denne rettsliggjøringen preger også helse-tjenesten.

Pasientrettighetenes «blomstringstid» var 1980-årene, skriver Asbjørn Kjøenstad (40). Pasientenes krav på informasjon slik at de kan ivareta sine interesser, ble en viktig forutsetning for pasientrettighetsloven av 1999 (41). Her ble pasientenes rett til informasjon om sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen, mulige risikoer og bivirkninger fastslått. I lov om pasient- og brukerrettigheter, som er lovens navn etter revisjonen i 2012, er pasientenes rett til informasjon omfattende og detaljert beskrevet i § 3-2. I § 3-5 heter det at «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.»

Slik utfylles pasientenes informasjonsrett av en informasjonsplikt for helsepersonell. I spesialisthelsetjenesten er dessuten opplæring av pasienter og pårørende blitt en lovpålagt hovedoppgave for sykehusene (§ 3-8).

Også medisinske forskere har fått en slags informasjonsplikt. Helseforskningsloven pålegger «åpenhet rundt forskningen» (§ 39), og prosjektledere skal sende en såkalt sluttmelding til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk når et forskningsprosjekt avsluttes (§ 12). Slike sluttmeldinger, som ofte vil være vitenskapelige publikasjoner, skal være fritt tilgjengelig for alle. I den siste forskningsmeldingen heter det dessuten at «Regjeringen vil kreve at alle vitenskapelige artikler som er helt eller delvis offentlig finansiert, enten skal publiseres åpent eller egenarkiveres etter avtale med utgiver» (42). Slik «open access» gir allmennheten langt enklere tilgang også til medisinske forskningsresultater.

Informasjons- og medvirkningsretten som pasienter nå har, gjør dem til mer aktive samarbeidspartnere for helsepersonellet. En mer deltakende pasientrolle forutsetter kunnskap, og leger og annet helsepersonell har plikt til å fremskaffe og formidle denne kunnskapen, tilpasset den enkelte pasients ønsker og behov.

«Dagens nyhetsmedier preges av stor konkurranse om oppmerksomhet og lesere, til tider uklar blanding av informasjon og underholdning ('infotainment') og sterk individorientering. Såkalt du-journalistikk gir utslag også på det medisinske området.»

«Mer enn annen fagformidling har helseopplysningen avspeilet generelle utviklingstrekk i samfunnet.»

Språket

Det viktigste hjelpemidlet i fagformidling er språket – i skrift og tale. Pasientenes rett til forståelig informasjon stiller strenge krav til språkb Bruken hos helsepersonell. Det medisinske fagspråket som utviklet seg i tråd med medisins spesialisering og internasjonalisering, er blitt vanskelig tilgjengelig for folk flest. Et fagspråk inneholder både en fagterminologi (et eget ordforråd) og en faglig sjargong (som er som et gruppespråk for utøverne), og antall fremmedord er vanligvis stort. Påvirkningen fra latin og gresk er etter hvert erstattet av engelsk, og innslaget av forkortelser er stort. Selv om forekomsten synes å være på retur, er også såkalte eponymer, begreper tatt fra personnavn, med på å komplisere det medisinske fagspråket.

Psykologiprofessoren Rolv Mikkel Blakar (f. 1944), som blant annet har skrevet boken *Språk er makt* (43), har drøftet det medisinske fagspråket. Han konkluderer, kanskje overraskende, med at medisin ikke er et spesielt maktspråk. Som eksempler på maktspråk nevner han både avisspråk, politikerspråk og reklamespråk, mens han har fire begrunnelser for at det medisinske fagspråket ikke kommer i denne kategorien: «For det første, ... er legen totalt avhengig av rimeleg god kommunikasjon for å ha den minste sjanse til å lykkast i arbeidet sitt. Og i motsetning til oljeindustriens ekspertar som i oljenasjonens første fase kunne sikre sine interesser ved å overkøyre 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 medisins eiga utvikling og forskning – stått i fremste 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 eigne premisser. ‘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 forståelige 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 maktspråk 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 maktspråk 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 maktspråk» (44).

En undersøkelse høsten 2010 der 1000 tilfeldig valgte personer ble presentert for fem vanlige medisinske faguttrykk, hvert med tre alternative forklaringer, hvorav bare én var korrekt, viste begrenset forståelse. I gjennomsnitt valgte svarene riktig alternativ for tre av de fem uttrykkene. Bare 13 % forsto betydningen av alle fem (45).

Det synes likevel som om forståelsen av medisinsk fagspråk er økende hos folk flest, og som om folkelig helsespråk og fagterminologi nærmer seg hverandre. Folk flest sier ikke lenger sukker-syke, men diabetes, ikke hjertekrampe, men angina, ikke jernlunge, men respirator, og kunstig nyre er forlatt til fordel for dialyse. Påvirkningen går heller ikke ensidig og entydig fra fagfolk til folk flest. 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 drepercelle (for killer cell) og etterlevelse (for compliance) (45).

Dagens situasjon

Mye har endret seg siden det ble advart mot «populærvitenskapelig» formidling i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i 1950-årene. To særlige farer ble belyst av en anonym forfatter: «For det første får lekmannen ingen riktig forståelse av hvordan de fremlagte resultater er vunnet, av hvilket møysommelig arbeid en enkelt eller en rekke forskere har nedlagt ... Følgene er at publikum får inntrykk av at vitenskapelig forskning i grunnen er en liketil affære, som nær sagt hvem som helst med noenlunde intellektuell utrustning kan greie ... Det annet faremoment ... har sammenheng med det første Den misforståtte oppfatning av hva en «vitenskapelig sannhet» er, fører til at den ikke-sakkyndige mister sin tillit til vitenskapen når han ser hvor kortlivet mange 'sannheter' er» (46).

Kombinasjonen av økt utdanningsnivå i befolkningen, pasientrettigheter og moderne informasjonsteknologi som i praksis gir publikum tilgang til de samme kunnskapskilder som fagfolk, har endret situasjonen radikalt. Folk flest aksepterer ikke filtrering av fagkunnskap. Selv om forståelsen av fagterminologi kan være begrenset, er åpenhet en så viktig verdi at den i seg selv berettiger informasjonstilgang. Ingen kan lenger begrunne tilgangsregulering med «beskyttelsesbehov» for allmennheten.

Fortsatt har massemediene en viktig rolle i helseopplysning og formidling av medisinsk kunnskap. Og fortsatt advares det mot journalistikkens behandling av fagstoff (47). Men mediesituasjonen er i endring. Folk utsettes for et overveldende mangfold av kunnskapskilder, med ulik profil og etterrettelighet. Tradisjonell avislesing er på retur, og bruken av tv er synkende (48). Internett er i

«Journalistene unnlot ofte å drøfte kvaliteten på den dokumentasjonen av effekt som forelå, og de tok sjelden opp de økonomiske konsekvensene og mulige bivirkninger av nye legemidler.»

ferd med å overta som den ledende kanalen for nyheter i sin alminnelighet og helseinformasjon i særdeleshet. Helsestoff er blant det mest etterspurte på nettet.

Personlige blogger og sosiale medier, som Twitter og Facebook, flytter initiativ og makt fra fagfolk til pasienter og publikum. Enveisformidling, fra «den som vet», til «den som ikke vet», erstattes av toveiskommunikasjon, der likeverd mellom partene er utgangspunktet selv om det fortsatt er asymmetri i kunnskapsnivå og dybdeforståelse.

Brukerorientering er slagordet for dagens helsetjeneste, og «nothing about me without me» er et ideal som forutsetter stor formidlingsinnsats. Samvalg er et norsk nyord for det engelske «shared decision making» og handler om at leger og pasienter sammen skal treffe viktige valg (49). Et nytt behovshierarki for pasientinformasjon er beskrevet med utgangspunkt i Maslows behovspyramide (50). Nederst finnes behovet for basalkunnskap; fakta om symptomer, sykdom, legemidler o.l. Midt i pyramiden finnes kunnskap som gjør det mulig å treffe informerte beslutninger, fortrinnsvis som samvalg. Øverst finnes kunnskap som gjør det mulig å sette disse beslutningene ut i livet; helsetjenestetilbud, kvalitetsindikatorer, forbrukerorientert informasjon. Potensialet for kvalifisert medvirkning øker etter hvert som pasientene flyttes oppover i pyramiden (51).

Ringen er sluttet

Slik er ringen i ferd med å sluttet. Etter en lang periode med grupperettet formidling gjennom mer eller mindre autoritative medier er vi på vei tilbake til en mer uoversiktlig og ustyrbar én-til-én-kommunikasjon. Internett og sosiale medier utfordrer medisinske fagmiljøer og gir pasienter og publikum makt ikke bare til å stille spørsmål, men også til å gi svar. En ny helsejournalistikk er etablert.

Som for 200 år siden eksponeres fagfolk og folk flest gradvis for den samme kunnskapen. Forutsetningene for å forstå og fortolke kunnskapen er ulik, akkurat som i tidligere tider. Hva kunnskapen brukes til og hvordan den brukes, varierer, men slik var det nok også før. Forutsetningene for å benytte kunnskapen er forskjellig mellom lekfolk og fagfolk, men sannsynligvis er forskjellene mellom fagfolk internt og mellom ulike deler av befolkningen også større enn før. Kunnskap er makt, erkjente Francis Bacon (1561–1626) for 400 år siden. Med dagens syn på maktfordeling og demokratisering er det ikke rart at også medisinsk fagformidling utsettes for krevende omstillinger.

Litteratur

1. Larsen Ø, Lindskog BI. Sundhetstidende: 1778–1781. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1991.
2. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814–2014). Michael 2014; 11: Suppl 15.
3. Nylenna M. Scientific literature and the shaping of a medical profession in Norway. I: Larsen Ø, red. The shaping of a profession. Canton, MA: Science History Publications, 1996.
4. Larsen Ø, Nylenna M. Profiler og portretter i norsk medisin. Michael 2012; 9: Suppl 11.
5. Alver B, Fjell T, Ryymin T. Vitenskap og varme hender. Den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 til i dag. Oslo: Scandinavian Academic Press, 2013.
6. Hansen L. Helsetidsskrifter. Historisk tidsskrift 1987; 3: 391–9.
7. Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke 1850–2003: Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 Bind 2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

«Folk flest sier ikke lenger sukkersyke, men diabetes, ikke hjertekrampe, men angina, ikke jernlunge, men respirator, og kunstig nyre er forlatt til fordel for dialyse.»

8. Lock S. One hand clapping. *BMJ* 1990; 301: 677–8.
9. de Solla PD. *Science since Babylon*. New Haven, CT: Yale University Press, 1961.
10. Sollaci LB, Pereira MG. The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: a fifty-year survey. *J Med Libr Assoc* 2004; 92: 364–7.
11. Lock S. As things really were. I: Lock S, red. *The future of medical journals*. London: BMJ, 1991.
12. Montgomery S. Does science need a global language? Chicago, IL: University of Chicago Press, 2013.
13. Larsen Ø, Nylenna M. Medisinsk sakprosa som samfunnsbygger. I: Johnsen EB, Eriksen TB, red. *Norsk litteraturhistorie. Sakprosa fra 1750 til 1995. Bind I (1750–1920)*. Oslo: Universitetsforlaget, 1998: 302–13.
14. Nylenna M. Da Tidsskriftet var litteraturhistorie. *Tidsskr Nor Legeforen* 1995; 115: 3783.
15. Nylenna M, Larsen O. Medisinsk publisering i Norge 1905–2005. *Tidsskr Nor Legeforen* 2005; 125: 1506–9.
16. Høyer S. *Pressen mellom teknologi og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
17. Bastiansen HG, Dahl HF. *Norsk mediehistorie*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
18. Seale C. *Media and health*. London: Sage, 2002.
19. Burns RB, Moskowitz MA, Osband MA et al. Newspaper reporting of the medical literature. *J Gen Int Med* 1995; 10: 19–24.
20. Bartlett C, Sterne J, Egger M. What is newsworthy? Longitudinal study of the reporting of medical research in two British newspapers. *BMJ* 2002; 325: 81–4.
21. Lote K, Aass N. Pressedekning av medisinske emner. *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 255–9.
22. Johansen L, Bjørndal A, Flottorp S et al. Vurdering av helseinformasjon i aviser og brosjyrer. *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 260–64.
23. Hofoss D, Falkum E, Aasland OG et al. Leger og massemedier. *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 270–4.
24. Nylenna M. Medisin, medisiner og massemedier – misnøye og misforståelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 215–6.
25. Young ME, Norman GR, Humphreys KR. Medicine in the popular press: the influence of the media on perceptions of disease. *PLoS One* 2008; 3: e3552.
26. Barbour V, Clark J, Peiperl L et al. False hopes, unwarranted fears: the trouble with medical news stories. *PLoS Medicine* 2008; 5: e118.
27. Finer D. *Mediehälsa: mötet mellan medicin, medier, medborgare*. Lund: Studentlitteratur, 2012.
28. Lund AB. *Smitsomme sygdomme i dansk journalistik*. København: Munksgaard, 1997.
29. Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).
30. Stenvoll D, Elvbakken KT, Malterud K. Blir norsk forebyggingspolitikk mer individorientert? *Tidsskr Nor Legeforen* 2005; 125: 603–5.
31. Elvbakken KT. Fra sunnhetspropaganda til helseopplysning. *Michael* 2009; 6: 332–9.
32. Berg R, Underland V. Effekten av primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler hos barn og unge. Rapport 7/2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.
33. Denison E. Hvilke virkemidler i kampanjer er mest suksessrike for å få tobakksbrukere til å slutte? Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
34. van Trigt AM, de Jong-van den Berg LT, Voogt LM et al. Setting the agenda: does the medical literature set the agenda for articles about medicines in the newspapers? *Soc Sci Med* 1995; 41: 893–9.
35. Schwitzer G. How do US journalists cover treatments, tests, products, and procedures? An evaluation of 500 stories. *PLoS Medicine* 2008; 5: e95.
36. Høye S, Hjortdahl P. Ny vidunderpille på markedet! Hva skriver norske aviser om nye legemidler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2002; 122: 1671–6.
37. Breiin P. Felleskatalogen er 50 år. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1506.
38. St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
39. NOU 2003:19 Makt og demokrati.
40. Kjøntstad A. Er helselover og rettsprinsipper helsebringende? Om rettsliggjøring av velferdsstaten. *Michael* 2013; 10 Suppl 13: 71–102.
41. 2.1 NOU 1992:8 Lov om pasientrettigheter.
42. Meld. St. 18 (2012–2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter.
43. Blakar R. *Språk er makt*. Oslo: Pax, 1973.
44. Blakar R. Medisin, kommunikasjon, språk og (av)makt. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, red. *Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredningens rapportserie, 2003.
45. Nylenna M. Medisinsk fagspråk – gradvis mer folkelig og forståelig? *Michael* 2011; 8: 370–82.
46. *Populærvitenskapens farer*. *Tidsskr Nor Legeforen* 1957; 5: 222–3.
47. Nyre L. Journalistikken koloniserer universitetet. *Nytt Norsk Tidsskrift* 2012; 3: 329–36.
48. *Norsk mediebarometer 2013* Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2014.
49. Nylenna M. Samvalg – bare et par minutter ekstra. *Dagens Medisin blogg*, 2014. <http://www.dagensmedisin.no/blogg/magne-nylenna/samvalg--kun-et-par-minutter-ekstra/>.
50. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943; 50: 370.
51. Longo D, Woolf S. Rethinking the information priorities of patients. *JAMA* 2014; 311: 1857–8.

«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.»