

Abstract

This study investigates how the use of media contributes to a change of communication in the doctor-patient-relationship. During the study process of this master's thesis, empirical data has been gathered by using the method of qualitative depth interview. The concept of mediatization is used as a key perspective to enlighten the theme of the thesis. The analysis is focusing both on how patients use the Internet as an arena to gather information about health, and how interactive media, like self-tracking technologies, are used to generate data of one's own health.

The study will show that mediatization and medicalization has an impact on the social practices within the doctor-patient-relation. The participants in the study are all considered as patients, and the analysis show that they use media in different ways to extend the communication with their doctor. All the participants have used different kind of self-tracking technologies in relation to health. Most of them use it privately or as a social activity with friends and colleagues – and not to communicate with their doctor. But the study shows that the use of these technologies may indirectly have consequences for the doctor-patient-relation, as users become more aware of monitoring their own body, and to maintain good health.

Forord

Det er mange som fortjener en takk for å ha bidratt til at jeg har gjennomført masteroppgaven. Min tålmodige og dyktige veileder, førsteamanuensis Hendrik Storstein Spilker, har kommet med gode innspill til både datainnsamling, teori og oppgavens struktur. Doktorgradsstipendiat Kristina Sunde Støverstein har bidratt med å velge ut relevant teori, samt til gjennomføring av intervju. Mine klassevenninner Maren, Marita og Hanne har vært viktige støttespillere underveis, og min kusine, Elisabet, har stilt opp med et lyttende øre når som helst, samt hjulpet meg med å holde motivasjonen oppe. En stor takk må også rettes til de ni informantene som har stilt opp på dybdeintervju!

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	7
1.1 Tema og problemstilling	7
1.2 Begrepsavklaring	7
1.3 Teoretisk perspektiv	8
1.4 Oppgavens disposisjon	8
2 Teori	9
2.1 Kommunikasjon i lege-pasient-relasjonen.....	9
2.1.1 Definisjon av kommunikasjon	9
2.1.2 Profesjonell kommunikasjon.....	9
2.1.3 Fire hovedpunkter innen profesjonell kommunikasjon.....	11
2.2 Medialiseringsperspektivet	11
2.2.1 Definisjon av media	11
2.2.2 Mediert kommunikasjon	12
2.2.3 Medialisering.....	12
2.3 Medikalisering.....	14
2.3.1 Medikaliseringens opphav.....	14
2.3.2 Medikaliseringens implikasjoner og uttrykk.....	14
2.4 Biomedikalisering.....	15
2.4.1 Et nytt syn på helse	16
2.4.2 Nye informasjons- og distribusjonsformer	16
2.4.3 Risikoutredning og selvovervåkning	17
2.4.4 Selvsporingsteknologier	17
3 Metode	21
3.1 Innsamlingsprosessen	21
3.2 Datamaterialet.....	21
3.2.1 Intervjuguide.....	21
3.2.2 Gjennomføring av intervju	22
3.2.3 Behandling av datamaterialet.....	22
3.3 Forskningsetikk	23
3.4 Informantene	24
3.4.1 Utvalgsprosessen	24
3.4.2 Presentasjon av informanter	25
3.5 Forskningens kvalitet.....	26
4 Den moderne pasienten	29
4.1 Internett som helseinformasjonsarena.....	29
4.1.1 Søking av helseinformasjon på nett.....	29
4.1.2 Reaksjoner på helseinformasjonen	31
4.1.3 Tilnærming til selvdiagnostisering	32
4.1.4 Nettsamfunn relatert til helse	34
4.1.5 Konsekvenser av økt tilgang på informasjon	36
4.2 Lege-pasient-relasjonen.....	37
4.2.1 Egenskaper hos legen	37
4.2.2 Legens rolle før og nå.....	39

4.2.3	<i>Henvisninger til annet helsepersonell</i>	41
4.2.4	<i>Når kommunikasjonen ikke fungerer</i>	41
4.2.5	<i>Fastlegeordningen</i>	43
4.2.6	<i>Bestilling av legetime og resepter</i>	45
4.2.7	<i>Fremtidens lege</i>	46
4.3	<i>Legekantoret som en sosial verden</i>	47
5	Visualisert mediekommunikasjon	49
5.1	<i>Bruk av selvsporingsteknologier</i>	49
5.1.1	<i>Selvsporing i relasjon til trening</i>	49
5.1.2	<i>Selvsporing i relasjon til kosthold</i>	51
5.1.3	<i>Selvsporing i forbindelse med å vedlikeholde sykdommer</i>	52
5.1.4	<i>Privat, kommunal og oppfordret bruk av selvsporing</i>	53
5.1.5	<i>Tilnærming til visuell mediekommunikasjon</i>	56
6	Medialiseringens implikasjoner	59
6.1	<i>Helseinstitusjonen i endring</i>	59
6.2	<i>Avsluttende refleksjon</i>	61
7	Referanseliste	62
8	Vedlegg	64

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

I masteroppgaven fokuserer jeg på hvordan lege-pasient-relasjonen er i endring som følge av muligheter Internett og digitalisering har brakt med seg. Ved hjelp av Internett er det lett å søke om helseinformasjon og innhente kunnskap om tilgjengelige og alternative behandlingstilbud. Internettbaserte teknologier som selvsporingsskredder, har gjort det mulig for enhver å generere data om sin egen helse. En pulsklokke kan for eksempel gi en indikasjon på om brukeren er i god eller dårlig form. På mobile enheter finnes det et mangfold av helserelaterte apper, blant annet kostholds- og treningsapper. Det er mange måter å innhente kunnskap om helse for lekmenn, og formålet med min undersøkelse er å belyse hvordan dette påvirker både pasient- og legerollen, men også hvordan det påvirker den generelle forståelsen av helsebegrepet i samfunnet. Lege-pasient-relasjonen blir primært belyst fra pasienter sitt perspektiv, da det kun er pasienters synspunkter det er samlet inn empiri om i tilknytning til oppgaven.

Forholdet mellom lege og pasient har over tid vært et aktuelt tema i medier. Denne våren (2016) sendte Norsk Rikskringkasting TV-programmet, *Hva feiler det deg?*, der ufaglærte og leger konkurrerte om å finne riktig diagnose basert på pasienters symptomer. Inspirasjonen til temaet for masteroppgaven fikk jeg da jeg leste Dorothee Meiers artikkel, *Doctor-Patient Relationship in a Digitalised World* (Meier, 2014), det første semesteret i mastergraden. Meier har fokus på hvilken innvirkning medialisering har på lege-pasient-relasjonen, og medialisering er også et viktig perspektiv i denne oppgaven.

I oppgaven belyses følgende problemstilling:

Hvordan Internett som helseinformasjonsarena og selvsporingsteknologier påvirker kommunikasjonen mellom lege og pasient, og hvordan disse teknologiene kan bidra til en endring i forståelsen av helse.

1.2 Begrepsavklaring

I forbindelse med denne oppgaven har det blitt gjennomført dybdeintervju av totalt ni informanter. Disse blir omtalt som pasienter, men det betyr ikke at de er syke eller under behandling for øyeblikket. Begrepet blir brukt i den forstand at de ikke har en

medisinsk utdanning, og er pasienter i relasjon til fastlegen. Blant leger er det mange som har spesialkompetanse. I oppgaven refererer jeg imidlertid til allmennlegens rolle hver gang ordene *lege* eller *doktor* forekommer.

1.3 Teoretisk perspektiv

For å belyse tematikken brukes teorier om kommunikasjon, og en kommunikasjonsrettet vinkling av medialiseringkonseptet. Perspektivene medikalisering og biomedikalisering blir også brukt i oppgaven. De to sistnevnte teoriene blir primært forbundet med sosiologi. Sosiologi gir oss en forståelse av verden og menneskene som lever i den, og fagfeltet ser på sammenhengen mellom å være individualistisk og en del av samfunnet (Pescosolido, 2010). Sosiologiske innspill er derfor nyttig for å beskrive endringer i hvordan pasienter kommuniserer med legen, og hvordan synet på helse i samfunnet er i endring.

1.4 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 presenteres relevante teorier for oppgaven. I kapittel 3 skrives det om den metodiske tilnærmingen, og hvordan oppgaven er gjennomført. I kapittel 4, blir det i delkapittel 4.1 fokus på Internett som en plattform for helseinformasjon, mens 4.2 handler om kommunikasjonen mellom lege og pasient. I 4.3 blir funn fra de to delkapitlene presentert og diskutert. I kapittel 5 skrives det om bruk av selvsporing og andre visuelle mediekommunikasjonsverktøy i relasjon til helse. I kapittel 6 blir innholdet fra kapittel 4 og 5 diskutert opp mot oppgavens problemstilling, og avslutningsvis kommer en refleksjon over funnene. Kapittel 7 er referanselisten over kilder som er brukt, mens i kapittel 8 er det to vedlegg , 1) intervjuguide, og 2) informasjonsskrivet som ble sendt ut til informantene som er intervjuet i forbindelse med oppgaven.

2 Teori

Teorikapittelet starter med en definisjon av begrepet kommunikasjon, og en redegjørelse av kommunikasjon i lege-pasient-relasjonen. I 2.2. presenteres medialiseringperspektivet, og avslutningsvis i 2.3 og 2.4 skrives det henholdsvis om medikalisering og biomedikalisering.

2.1 Kommunikasjon i lege-pasient-relasjonen

2.1.1 Definisjon av kommunikasjon

Kommunikasjon er et vidt begrep som ikke har en entydig definisjon. I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som at det brukes tegn og signaler mellom en eller flere parter for å skape mening. Kommunikasjon knytter mennesker sammen i tid og rom, og det beskrives heller som en prosess enn en tilstand. Målet med kommunikasjon er at et objekt eller innhold skal videreføres eller formidles slik at det blir en felles kunnskap mellom de involverte partene. Begrepet kommunikasjon stammer fra det latinske begrepet *communicare* som betyr "å gjøre felles" (Eide & Eide, 2008:17 og Brønn og Arnulf, 2015:30-31).

Kommunikasjon kan både være verbal og nonverbal. Noen ganger kan det være utfordrende å forstå hva senderen prøver å uttrykke. Tegnene og signalene som brukes til å kommunisere må fortolkes, og verken ord eller kroppsspråk er entydige signaler. Det kan ligge en underliggende mening bak en muntlig interaksjon, den kan blant annet være ironisk, sarkastisk, humoristisk eller vennlig intendert. Andre ganger kan ordene i seg selv være lette å forstå, samtidig som kroppsspråket sender ut signaler som gjør kommunikasjonen tvetydig. Hvordan mottaker reagerer på budskapet er også veldig forskjellig. Mottaker kan derfor misforstå senderens hensikt med kommunikasjonen (Eide og Eide, 2008: 18).

2.1.2 Profesjonell kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon skiller seg fra samhandling i dagliglivet. Kommunikasjon som utøves i forbindelse med en persons yrke, har ofte anbefalte retningslinjer. En som arbeider innenfor helsesektoren skal behandle pasienter etter beste evne, uavhengig av den sykes livssyn, kjønn eller legning. Nøkkelordene i profesjonell helsekommunikasjon er å behandle pasienten med respekt, likeverd og rettferdighet.

Parsons regnes som en av de første som beskrev doktor-pasient relasjonen innen samfunnsvitenskapelige disipliner (Meier 2014). Parsons (1951) skriver at legen ikke skal fremstå som autoritær overfor sin pasient selv om han besitter ferdigheter som pasienten trenger. I tillegg skal ikke legen ha moralske fordommer mot pasienten, men betrakte pasienten som en sak som skal behandles, som har et problem som skal diagnostiseres (Parsons, 1951). Selv om legen i utgangspunktet ikke skal opptre autoritært, mener Parsons at leger likevel besitter en viktig autoritær rolle. Dette begrunnes med at leger er i posisjon til å ha stor innflytelse på pasientens liv. Legeyrkets art er av høy profesjonell prestisje, og det ligger autoritet i å ha så mye ansvar over andres helse. Ifølge Parsons (1951) er legen en teknisk ekspert på sitt felt, og har derfor mer ansvar enn lekmenn som ikke har den samme kompetansen til å stille og behandle diagnoser. Parsons mener at kombinasjonen av at legen har en overlegen kompetanse sammenlignet med lekmenn, og alvoret i arbeidets art, fører til at legen er i en potensiell posisjon til å utnytte pasienten. Pasienten må derfor opparbeide tillit til at legen ikke misbruker sin maktposisjon (Parsons, 1951).

Den tradisjonelle synet på pasientens rolle, var ifølge Parsons i (Lian, 2008:35) en passiv mottaker som er takknemlig for de råd og behandlingstilbud som blir tilbudt av legen. Pasienten kjennetegnes ved at den syke fritas fra sine daglige plikter i samfunnet på grunn av sykdom. Lian (2008:35) skriver at pasientrollen er kulturbasert og skapt av mennesker, rollen er derfor også flytende og endres over tid. Medikalisering blir blant annet sett på som en faktor som kan påvirke pasientrollen.

Et mer moderne syn på pasienten presenteres av Eide og Eide (2008:19). De betrakter både pasient og pårørende som autoriteter i sitt syn på profesjonell kommunikasjon. Pasienten bør betraktes som autonom, og dette forsterker viktigheten av at legen behandler pasienten med respekt. Pasientens perspektiv skal tas på alvor, og det er viktig at pasienten får beholde innflytelse på sin egen situasjon. At pasienten så langt det lar seg gjøre har makt, kontroll og får delta i beslutningsprosesser, kalles i faglitteraturen for *empowerment* (Eide og Eide, 2008:19). Lupton (2006:260) skriver at en digitalt engasjert pasient har nye muligheter til empowerment, ved å bruke teknologier som selvsporing.

2.1.3 Fire hovedpunkter innen profesjonell kommunikasjon

Eide og Eide (1999:21-22) fremlegger fire hovedpunkter som kjennetegner profesjonell helsefaglig kommunikasjon: 1) Kunnskap og ferdigheter, 2) etikk, 3) empati, og 4) målorientering

Kunnskap og ferdigheter innebærer at leger har høy medisinsk kompetanse, at de har god kommunikasjonen med sine pasienter og at de behersker teknologiske hjelpemidler. Vedrørende etikk, kan leger ofte havne i etiske dilemmaer. Etikk er systematisk tenking om hva som er rett og galt i omgang med mennesker. Avgjørelser kan være utfordrende, et eksempel på det er når legen vurderer at pasientens behov strider imot pasientens egne ønsker. Et viktig etisk perspektiv er at den syke behandles rettferdig. Fordeling og prioritering av begrensede ressurser kan for eksempel skape etiske utfordringer for legen vedrørende rettferdighet. Empati handler om at legen skal vise medfølelse for pasientens utfordringer. Mens det siste punktet, målorientering innebærer at legen bruker sin kompetanse til å hjelpe pasienten. Det er viktig at pasienten blir inkludert i behandlingsprosessen, og at de to partene samarbeider om et felles mål.

2.2 Medialiseringsperspektivet

For å kunne beskrive medialiseringsperspektivet, trengs det først en definisjon av begrepet *media* og en redegjørelse av hva som menes med *mediert kommunikasjon*. Dette vil jeg definere i henholdsvis 2.2.1 og 2.2.2. Deretter beskriver jeg medialiseringskonseptet i 2.2.3.

2.2.1 Definisjon av media

Hjarvard (2008:30) definerer media som teknologier som bidrar til at kommunikasjon blir utvidet i tid og rom. Ifølge Hjarvard er eksempler på slike teknologier både massemedier, sosiale medier og interpersonelle medier. Definisjonen hans omfatter dermed både tradisjonelle medier som bøker, radio og tv, men også nyere oppfinnelser som Internett og mobiltelefoner. Fra et sosiologisk perspektiv er det vanlig å inkludere flere element i forståelsen av media, for eksempel materielle gjenstander som penger (Hjarvard, 2009:30). Krotz (2009:23) anerkjenner også at media kan forstås som mer enn teknologier. Han mener at media har fire virkningsområder. Det er på en og samme

tid en teknologi, en samfunnsinstitusjon, en organisatorisk maskin. Og i tillegg mener Krotz at media kan forstås som et abstrakt rom som bidrar til å skape en opplevelse hos mottaker (Krotz, 2009:23). I forbindelse med medialiseringsspektivet velger Krotz i likhet med Hjarvard å avgrense media til å romme teknologier som bøker, TV og Internett (Krotz, 2009:33). Det er den teknologiske forståelsen av media jeg forholder meg til i denne oppgaven.

2.2.2 Mediert kommunikasjon

All form for kommunikasjon kan forstås som å være preget av mediering ettersom det brukes signaler, tegn og materielle gjenstander for å gjøre seg forstått også i en ansikt-til-ansikt-situasjon. På bakgrunn av den avgrensede forståelsen av media, gir det mening å betrakte ansikt-til-ansikt-kommunikasjon og mediert kommunikasjon som to ulike konsept. Mediert kommunikasjon innebærer at en teknologi fungerer som et hjelpemiddel som bidrar til å nå frem med budskapet i interaksjonen (Krotz, 2009:23-24).

2.2.3 Medialisering

Begrepet medialisering ble først brukt i tilknytning til mediernes innflytelse på politikk, og Kent Asp regnes som den første som brukte medialisering eksplisitt i denne sammenhengen. Hjarvard ser på medialisering som en prosess som involverer flere institusjoner og mener at medialisering er i tråd med Sigmund Hernes teori om *det mediavridde samfunn*. Hernes satte i 1978 spørsmålsteget ved hvor stor innflytelse media har på samfunnet generelt og hvordan media bidrar til å omfordele makt i både organisasjoner, forvaltninger og andre institusjoner (Hjarvard, 2008:16-17).

Hjarvard hevder at medias innflytelse på samfunnet er så gjennomsyrende at medieinstitusjonen ikke lenger kan forstås adskilt fra andre institusjoner (Hjarvard, 2008:13). I stedet mener Hjarvard at media preges av en dobbelthet, fordi media både kan betraktes som en selvstendig institusjon, men også som en del av øvrige samfunnsinstitusjoner. Media er i et gjensidig avhengighetsforhold med kulturen og samfunnet. Media er blitt til fordi samfunnet trengte verktøy for å formidle informasjon, mens på samfunnet er avhengig av medier for å få frem budskapet. Denne sammensmeltningen mellom institusjonene og avhengighetsforholdet i mellom dem er essensen i Hjarvards syn på medialisering. Hjarvard sin institusjonelle vinkling på

medialisering er relevant for denne oppgaven, men hovedsakelig kommer jeg til å benytte meg av Krotz sin kommunikasjonsrettede forståelse av medialiseringsperspektivet.

Krotz mener at grunnsteinen i medialisering er at samfunnet har blitt avhengig av media. For Krotz er det kommunikasjonen som er i fokus, ikke institusjoner eller teknologier i seg selv. Han er opptatt av hvordan mennesker utvikler nye former for kommunikasjon (Krotz 2009, 27). Selv om media har blitt benyttet av mennesker i lengre tid, var det først på 1990-tallet at medialiseringskonseptet ble systematisert og utviklet til et teoretisk redskap for kommunikasjonsstudier. Medialisering som perspektiv kan sees på som en konsekvens av digital teknologi sin økende betydning. Medialisering må imidlertid ikke brukes som et synonym til digitalisering, da det var mange medieringsprosesser i historien, lenge før digitalisering oppstod. Krotz hevder at medialisering bygger på Harold Innis og Marshall McLuhans Medium Theory, men at medialisering skiller seg ut ved å ikke ha en ensidig teknologisk vinkling (Krotz, 2014: 69). Ifølge Krotz er de viktigste spørsmålene når man forsker på medialisering hvordan sosiale relasjoner, menneskers identitet, hverdagslivet, institusjoner og kulturen i samfunnet som helhet blir påvirket av endringer i mediesystemet. Selv om medialisering ikke skal blandes sammen med digitalisering, hevder Krotz at medialisering hovedsakelig er forbundet med at medier som foto, aviser, radio og tv ble digitalisert, og at nye databaserte medier har kommet til.

For å undersøke hvordan samfunnet og sosiale relasjoner blir påvirket av medialisering, deler Krotz ulike situasjoner og institusjoner inn i sosiale verdener. Krotz (2014:73-79) skiver at husarbeid, politikk og fotballsupportere er eksempler på ulike sosiale verdener. I denne oppgaven betraktes legekantoret som en sosial verden. Den medierte kommunikasjonen pasienten har med både fastlegen og andre ansatte ved legekantoret inngår i denne sosiale verdenen. Media er knyttet til makt, og endringer i hvordan medier blir brukt, kan også føre til at en bestemt sosial verden forandres over tid. Et annet synspunkt Krotz (2009:25) fremmer, er at medialisering er en komplisert og langvarig metaprosess, som kan sammenlignes med andre store prosesser som globalisering. En metaprosess kjennetegnes ved at utviklingen skjer asymmetrisk, og det er store variasjoner i hvor mye kommunikasjonen i ulike samfunn og land er preget av å være mediert. I tillegg skjer medialiseringen i ulikt tempo blant menneskene innad i

en bestemt kultur, eller for å bruke Krotz betegnelse, innad i en bestemt sosial verden (Krotz, 2014:79).

2.3 Medikalisering

2.3.1 Medikaliseringens opphav

Etter andre verdenskrig ble det økt fokus på å utvikle teknologier relatert til helse. I denne perioden var det mange fra både private og offentlige sektorer som investerte i det medisinske feltet. Disse ressursene bidro til en ekspansjon av vitenskapelig medisinsk forskning. Som følge av dette ble den medisinske sfæren også mer interessant for den sosiologiske disiplinen, og medikalisering blir betraktet som en konsekvens av den raske utvikling. Grunnsteinen i medikaliseringsperspektivet er hvordan karaktertrekk, handlinger og følelser hos mennesker ble omdefinert til medisinske tilstander.

2.3.2 Medikaliseringens implikasjoner og uttrykk

Medikalisering er i likhet med medialisering en metaprosess som kjennetegnes ved at utviklingen skjer ulikt, og proseshastigheten varierer både innad i et land og internasjonalt. Mens industrielle land bærer preg av å være overmedikalisert, kan innbyggere i fattige land lide av at for få tilstander blir behandlet medisinsk. Hva som defineres som helse og som sykdom er kulturbasert og ikke gitt fra naturens side.

I den vestlige kulturen har helsebegrepet blitt utvidet. Medikalisering tar for seg den økte diagnostiseringen av menneskelige handlinger. Stadig flere aspekter ved mennesker blir betraktet og forstått medisinsk. Oppførsel som tidligere ble sett på som uønsket, og avvik fra normen, har etter hvert fått en plass innenfor den medisinske praksisen (Clarke, 2003:163-164). Denne endringen av jurisdiksjon har blant annet ført til at rusmisbrukere får mer sympati og får behandlingstilbud, fremfor å utelukkende bli sett på som mennesker som bryter med moralen i samfunnet. Ved å plassere ulike karaktertrekk inn i diagnoser, impliseres det at denne oppførselen er uønsket og avviker fra normalen, og at personen har en tilstand som trenger behandling.

Mange psykiske sinnstemninger har blitt kategorisert inn i diagnoser. Eksempler på dette er at barn med atferdsproblemer kan få vurdert om de har ADHD, sorgreaksjoner etter traumatiske opplevelser kan komme inn under diagnosen

posttraumatisk stress-syndrom, at mennesker som har vansker i sosiale settinger, kombinert med sære eller snevre interessefelt kan bli diagnostisert med Aspergers syndrom, mens det å være sjenert kan bli redefinert til sosial fobi. Karaktertrekkene blir derfor sett på som avvik eller lidelser, og noen ganger blir løsningen piller som reduserer kroppens naturlige reaksjoner – eventuelt blir tilstanden behandlet med samtaleterapi. I tillegg blir fysiske karaktertrekk behandlet. Hos barn blir høydeutviklingen vurdert av helsepersonell og dersom barnets høyde avviker mye fra idealet i samfunnet, vil noen få tilbud om hormonell behandling for å redusere den naturlige veksten (Lian, 2012:42- 43).

Ved at det har skjedd en økning av hva som defineres som sykdommer og diagnoser, har dette bidratt til at den medisinske sfæren har et større ansvarsområde. Det er ikke lenger bare behandling av sykdommer som står i fokus, men også tilrettelegging for at mennesker skal oppnå lykke, trygghet og velvære. Helseprofesjonene besitter en definisjonsmakt ved å kunne vurdere hvilke sinnsstemninger og karaktertrekk som avviker fra det spennet som er ønskelig i en gitt kultur. De har derved også makt til å definere hvem som kan regnes som syk og hvem som har rett til å motta behandling (Lian, 2012:38- 43).

Flere forskere mener at det skjer en *demedikalisering* parallelt med medikaliseringen, mens Lian (2012:41) foretrekker begrepet *motstrømmer*. Eksempel på at det skjer motstrømmer mot medikalisering er at flere tar ansvar for sin egen helse ved å søke etter informasjon på Internett og i andre kilder. At enkeltindivider selv tar initiativ til å øke kunnskapsnivået bidrar til at helseprofesjonenes makt blir redusert.

2.4 Biomedikalisering

Som følge av teknovitenskapen og invensjoner innen biomedisin, mener Clarke at medikalisering har blitt så utvidet, at biomedikalisering er et mer egnet perspektiv for å forklare hvordan den medisinske sfæren fungerer i dag (Clarke, 2003:162).

Grunnsteinen til biomedikaliseringsperspektivet er hvordan medisinske teknologier endrer og transformerer mennesker. Teknologier som endrer mennesket "innenfra og ut", som små piller og pacemakere. I tillegg tar biomedikaliseringsperspektivet for seg hvordan informasjonsteknologier som data og Internett endrer sosiale former og strukturer. Det har skjedd store forandringer i hvordan helsesektoren er organisert og biomedikalisering tar dette med i betraktning.

2.4.1 Et nytt syn på helse

Et viktig fokus innen biomedikalisering er hvordan synet på helse har endret seg (Clarke, 2003:171). Begrepet helse er hentet fra det gammelnorske ordet *heilsa* som betyr sunnhet. Heilsa er igjen et sammensatt begrep fra flere inspirasjonskilder. Ordet stammer fra det gammelgermansk begrepet *hailisön* som igjen er hentet fra det norrøne ordet *heill*. Heill er bygget på begrepene *hell* og *hel* som henholdsvis betyr fullstendig og lykke (Eide & Eide, 2008:19). Den opprinnelige betydningen av begrepet helse har derfor grener til både sunnhet, lykke og fullstendighet. Helsebegrepets opphav er derfor ikke ulikt den forståelsen Clarke (2003:171) har av helse i dag. Mens det tidligere var fokus på at man enten var frisk eller syk, fremmer biomedikaliseringsspektivet at helse nå blir sett på som en konstant pågående prosess, hvor det ligger en forventning i samfunnet om at god helse skal opprettholdes. Ansvar for å vedlikeholde helsen ligger hos den enkelte, det har blitt en kulturell forventning om at man har selvdisiplin til å leve sunt, og ta vare på sin egen helse (Clarke, 2003:172).

2.4.2 Nye informasjons- og distribusjonsformer

Helserelaterte nyhetssaker og informasjon om sykdommer er i dag blitt en så stor del av nyhetsbildet. Både aviser, magasiner og Internettsider holder oss oppdatert på det nyeste innen den medisinske verden (Clarke, 2003:176).

På Internett kommer informasjonen fra en mangfoldig gruppe. Private og kommunale selskaper med fagkyndige ansatte er godt representert på nett, men det er også mange gruppeforum hvor pasienter deler sine opplevelser og erfaringer.

Clarke (2003:177) skriver at den økende tilgangen på informasjon bidrar til å demokratisere tilgangen på helsekunnskap, men at det likevel er utfordringer knyttet til ekspansjonen av informasjon. Dette begrunner han med at det er utfordrende å skille mellom hva som er skrevet av eksperter og hva som er skrevet av ufaglærte.

Silver (2015) skriver også om at det kan være utfordrende for pasienter å orientere seg i mangfoldet av kilder på nettet. En konsekvens av dette er at pasienter kan trekke feilaktige konklusjoner basert på det de har lest på nett. Enten fordi de ikke er kritisk nok til kilden, eller fordi de misforstår informasjonen. På bakgrunn av dette er det flere forskere som frykter at helseinformasjonssøking kan føre til en økt opplevelse av angst.

Clarke (2003:177) hevder at det i tillegg kan være kommersielle motiver bak budskapet på Internettssidene. Produsenter kan tjene penger på lesertall, og i tillegg er det mulig å betale for at enkelte nettsider havner øverst på søkemotorer, som da igjen kan føre til at bestemte kommersielle sider får en større målgruppe

2.4.3 Risikoutredning og selvovervåkning

I den biomedisinske æraen er det mer fokus på risiko og overvåkning (Clarke, 2010:181). Det er blitt utviklet risikoutredningsverktøy, som gjør det mulig å undersøke hvilke sykdommer den enkelte er disponert for. Dette kan ha bidratt til at den gradvise endringen av synet på helse. Fra å bli betraktet som enten friske eller syke, blir alle nå betraktet som at de er i risiko for å få en sykdom (Clarke, 2003:172).

Lian (2012:44) skriver også at det er blitt vanlig å forebygge uønskede helsesituasjoner. Lian betrakter dette som en del av medikaliseringperspektivet, men jeg har i likhet med Clarke valgt å betegne dette som en del av biomedikaliseringperspektivet. Ved hjelp av invensjoner som ultralyd og genteknologi kartlegges hvilke sykdommer den enkelte er disponert for. Dette tilbudet er en ressurs for de som er genetisk anlagt for å få alvorlige sykdommer. En undersøkelse gjennomført i 2003 viste at så mange som 50% av befolkningen i Nord-Trøndelag i en alder av 24 hadde en forhøyet risiko for uønskede helseplager. Europeiske retningslinjer fra 2003 har krevd en lavere terskel for hvem som har rett til å motta forebyggende behandling, og dette vil sannsynligvis føre til en fordobling av denne risikogruppen (Lian, 2012:44).

I Norge oppfordres for eksempel alle kvinner til å ta celleprøve når de fyller 25 år, for å sjekke om de er i fare for å få livmorhalskreft. Og kvinner over 50 år oppfordres til å ta mammografi hvert andre år. Med selvovervåkning menes det at det i samfunnet som helhet, er blitt mer vanlig å følge med på sin egen helse. (Clarke, 2003:173, 174). Dette gjør seg blant annet gjeldene ved bruk av selvsporingsteknologier.

2.4.4 Selvsporingsteknologier

Lupton (2014a:3) skriver om self-tracking, også kalt the quantified self, som jeg har valgt å oversette til selvsporing. Selvsporing går ut på at man dokumenterer og genererer data om sitt eget liv. Formålet er å øke kunnskapen om seg selv. Dette er ikke i seg selv et nytt fenomen, da selvsporing lenge har vært mulig ved hjelp av penn og

papir, eller ved en god hukommelse. Digitale teknologier har imidlertid ført til nye muligheter innenfor selvsporing. Det finnes blant annet sko, stoler og madrasser som inneholder sensorer som måler ulike kroppslige fenomen. Sensorene kan være programmert til å måle for eksempel bevegelser, temperaturer eller søvnmønstre. På mobilen finnes det titusener av selvsporingssapper. Flere av disse appene er rettet mot helse. Det finnes blant annet apper for både vektkontroll, trening og søvnlogging (Lupton, 2014a:4,5).

For å skille mellom ulike bruksmønstre av selvsporingsteknologier har Lupton (2014a:5) delt bruken inn i fem kategorier: 1) privat, 2) oppfordret, 3) kommunalt, 4) pålagt og 5) utnyttet. De tre første kategoriene er aktuelle for denne oppgaven, og vil bli nærmere beskrevet nedenfor. Med kategori 4) *pålagt* bruk mener Lupton (2014a:9) at noen pålegger en annen til å bruke selvsporing, til sin egen fordel, og ikke til nytte for den som faktisk praktiserer selvsporing. Mens punkt 5) *utnyttet*, refererer til at noen, ofte en bedrift, engasjerer folk til å starte med selvsporing for å få økt kunnskap om en viss brukergruppe, som igjen kan føre til verdifull informasjon til bedriften. Ofte får brukeren da en belønning for innsatsen. Verken pålagt eller utnyttet bruk er relevant i denne oppgaven (Lupton, 2014a:9-10).

Privat brukermønster

Med et privat brukermønster menes det at personen på eget initiativ har begynt med selvsporing. Motivasjonen for å generere data som seg selv kan være for å få økt kunnskap og bli mer bevisst på hvordan kroppen fungerer, eller fordi personen har ambisjoner om å forbedre noe i livet. Andre bruker selvsporingsteknologier av ren nysgjerrighet, eller fordi de er interessert i å prøve ut nye tekniske verktøy. Informasjonen som brukeren får ved å bruke selvsporingsteknologier kan bidra til å forbedre helsen. Noen eksempler på dette er at mer kunnskap om kroppen kan føre til bedre søvn og redusert stress, og at personer med kroniske sykdommer kan få økt kontroll over helsetilstanden sin (Lupton, 2014a:6).

Oppfordret brukermønster

Dette brukermønsteret skiller seg fra privat bruk ved at personen har startet med selvsporing som følge av ekstern påvirkning. Bruken av selvsporingsteknologier kan likevel være helt frivillig fra personens side, men ble startet som en konsekvens av at

andre har oppfordret eller introdusert vedkommende for selvsporing. Et typisk sted der slik oppfordring kan forekomme er ifølge Lupton (2014a:7) på arbeidsplassen. Motivet for å engasjere de ansatte i selvsporing kan være et arbeidsmiljøtiltak eller et helsetiltak. Andre ganger ligger det økonomiske motiver bak oppfordringen – dette er spesielt relevant i USA ettersom arbeidsgivere ofte betaler for de ansattes helseforsikring. En oppfordring til de ansatte om at de må ta vare på helsen, kan derfor føre til økonomiske fordeler for bedriften. Men ofte er bruken av selvsporing til fordel for brukeren selv. Det finnes selvsporingssapplikasjoner som kan minne den ansatte på å ta pauser fra arbeidet eller at det er på tide å bevege kroppen. Dette kan igjen føre til mindre stress i hverdagen (Lupton, 2014a:7).

Kommunalt brukermønster

Selvsporing er primært forbundet med å være en individualistisk aktivitet. Flere selvsporingsteknologier åpner likevel for muligheten for at bruken kan skje i samhandling med andre. Mange selvsporingssbrukere er gjerne deltakere i et fellesskap der de deler erfaringer med hverandre. Ulike sosiale medier blir brukt til å dele data og resultater med andre. Men det blir også arrangert ansikt-til-ansikt møter og konferanser i noen selvsporingssfellesskap. På slike møter er det gjerne diskusjoner om erfaringer, og det fysiske møtet gir brukerne mulighet til å lære hverandre opp i teknologiens funksjoner (Lupton, 2014a:8).

3 Metode

I 3.1 begrunner jeg valgene i innsamlingsprosessen. I 3.2 skriver jeg om hvordan datamaterialet ble samlet inn og behandlet. Videre i 3.3 skriver jeg om viktige hensikt som må tas for å innfri kravene om god forskningsetikk. I 3.4 presenteres informantene, og avslutningsvis i 3.5 reflekterer jeg over forskningens kvalitet.

3.1 Innsamlingsprosessen

Datamaterialet er samlet inn ved å bruke kvalitative dybdeintervju som metode. Ifølge Tjora (2013:105) er denne tilnærmingen nyttig til å kartlegge erfaringer, holdninger og meninger. Jeg ønsket å gå i dybden på hvordan Internett blir brukt til å skaffe seg kunnskap om helse, og hvordan dette har innvirkning på lege-pasient-relasjonen. For å få utfyllende synspunkter om dette ble kvalitative dybdeintervju et naturlig valg.

I utgangspunktet ønsket jeg at halvparten av informantene skulle være fastleger og den andre halvparten pasienter, slik at problemstillingen kunne belyses fra ulike perspektiv. Men som Tjora (2013:43) påpeker må de fleste forskningsprosjekt endre kursen underveis i prosjektet, og datainnsamlingen til min oppgave ble ikke et unntak. Etter å ha kontaktet flere leger i Trondheimsområde, fant jeg raskt ut at det var utfordrende å få leger til å stille opp for en studentoppgave. Jeg endret derfor vinklingen til å kun ta utgangspunkt i pasienters synspunkter. Innenfor denne vinklingen endret jeg også tematikken underveis i prosessen. Den opprinnelige planen var å samarbeide med doktorgradsstipendiat Kristina Sunde Støverstein om å intervju diabetespasienter, men ettersom det ikke var mulig å få til disse intervjuene før midt i semesteret, gikk jeg også bort ifra dette. Jeg valgte heller ut pasienter basert på kjønns- og alderskriterier. Jeg intervjuet totalt ni informanter, fem kvinner og fire menn. Jeg ønsket informanter som var cirka 25 og cirka 50 år gamle, for at de skulle representere to generasjoner. To menn og tre kvinner var 25 – 26 år gamle. De fire andre var fra 49 – 54 år gamle.

3.2 Datamaterialet

3.2.1 Intervjuguide

Intervjuguiden ble bygget opp etter Tjoras (2013:112-114) anbefaling, hvor det først er en oppvarmingsfase med hverdagslige spørsmål, for å skape en avslappet stemning.

Deretter kommer refleksjonsspørsmålene, der jeg gradvis går gjennom ulike temaer som er relevant til undersøkelsen. Hovedtemaene i intervjuguiden var 1) søking av helseinformasjon på nett, 2) bruk av selvsporingsteknologier, og 3) relasjon til fastlegen (se vedlegg 1). Avslutningsvis hadde jeg avrundingsspørsmål der jeg lot informantene legge til informasjon de mente kunne være relevant, eller om det var noe annet de ønsket å ta opp selv. I tillegg fortsatte jeg samtalen med alle informantene etter opptaket var over, om blant annet videre planer for oppgaven.

3.2.2 Gjennomføring av intervju

Som anbefalt av Aksel Tjora ønsket jeg at informantene selv skulle få velge hvor intervjuet skulle gjennomføres, da dette kan bidra til at informanten føler seg mer avslappet og trygg (Tjora, 2013:120). De fleste av informantene ønsket å møtes på et grupperom ved NTNU. Dette opplevdes som et egnet sted å gjennomføre intervjuet, da vi fikk sitte uforstyrret under opptakene. To av informantene foretrakk å møtes på kafé, og vi ble da enige om å møtes på tidspunkt og steder som minimerte sjansen for å bli forstyrret av forbipasserende eller andre gjester. Begge disse intervjuene ble gjennomført på en kafé på Byhaven. Det var to informanter som ønsket å bli intervjuet på arbeidsplassen sin. Også her fikk vi sitte uforstyrret.

3.2.3 Behandling av datamaterialet

Intervjuprosessen og behandling av lydopptak

Etter Tjoras (2013:137,138) anbefaling valgte jeg å ta opp intervjuene med lydopptaker. Jeg trengte derfor ikke å skrive notater i løpet av samtalen. Dette ga meg frihet til å være fokusert under intervjuet, og jeg fikk konsentrert meg om å stille oppfølgingsspørsmål ved behov. Lydopptakene ble spilt inn ved hjelp av en funksjon på mobilen min. Denne opptaksmetoden ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), selv om deres primæranbefaling er å bruke en båndopptaker. Ut ifra den tilgangen på utstyr jeg hadde tilgjengelig, vurderte jeg mobilen som mest hensiktsmessig. Jeg spurte alle informantene om tillatelse til å bruke mobilen, og forklarte at jeg så på denne som mer sikker enn eldre apparat der jeg ikke følte meg trygg på alle funksjonene. Tjora (2013:138) mener at informanten eksplisitt må bli spurt om det er greit bruke lydopptaker under intervjuet. Siden jeg er godt kjent med mobilens funksjoner følte jeg meg trygg på at jeg klarte å behandle datamaterialet med varsomhet. Tjora (2013:138)

anbefaler at det bør velges en båndopptaker som har en diskre utforming, slik at den ikke virker forstyrrende for informanten under intervjuet. Jeg opplevde det som en fordel at en iPhone er en naturlig gjenstand å ha i rommet, selv om vissheten om at intervjuet blir tatt opp på bånd, selvsagt kan være en forstyrrende effekt i seg selv. Grønmo (2011:164) forteller at hans erfaring med bruk av båndopptaker er at informantene raskt venner seg til at intervjuet blir tatt opp. Dette var også min opplevelse med informantene jeg intervjuet.

Transkribering og intervjusammendrag

Etter intervjuene var transkribert, skrev jeg et sammendrag av alle intervjuene. Her valgte jeg ut den informasjonen fra hvert av intervjuene som jeg oppfattet som mest interessant ut fra problemstillingen. Alternativt til intervjusammendrag kunne jeg brukt et dataprogram hvor du kan kategorisere ord og temaer som går igjen. Jeg har erfaring med begge behandlingsmetodene, og trives best med å jobbe analogt. Valget falt derfor på intervjusammendrag. Etter sammendragene ble skrevet, tok jeg igjen en vurdering på hvilke temaer og sitater som var aktuelle å ta med videre i analysen.

Analyse og diskusjon av funn

Underveis i arbeidet med analysen har jeg hentet ut sitater og innhold fra intervjusammendragene. I prosessen har jeg måttet revurdere hvilke sitater og temaer som er mest relevant, og har flere ganger gått tilbake til transkripsjonene for å hente frem sitater som viste seg å bli viktigere innspill enn jeg først forutså. I analysekapitlene (4 og 5) blir funnene fra datainnsamlingen presentert, diskutert og trukket opp mot teori løpende underveis i teksten.

3.3 Forskningsetikk

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har skrevet om generelle krav til forskningsetikk (Tjora, 2013:40). I tråd med NESH sine forutsetninger har jeg informert utvalget om at deltakelse er frivillig, at de når som helst kan avbryte intervjuet, eller velge å ikke svare på enkelte spørsmål.

Ifølge Grønmo (2011: 20) omfatter begrepet forskningsetikk sentrale lovbestemmelser. Det er spesielt viktig å følge personopplysningsloven som inneholder regler om

meldeplikt. I samråd med veileder informerte jeg Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om prosjektet ettersom jeg gjennomførte kvalitative intervju der personopplysninger fremkommer. NSD vurderte at forskningen var i tråd med hensynet til personvern, med forbehold om at lydopptak og all informasjon som er direkte knyttet til informantene slettes etter prosjektets innlevering eller så raskt som mulig. Disse kravene har jeg fulgt.

For å sikre at oppgaven ikke er i strid med personopplysningsloven er alle informantene anonymisert. Under opptakene kom det frem informasjon som kan knyttes direkte til deltakerne, jeg hadde derfor fokus på å anonymisere informantene allerede mens jeg transkriberte. De har blitt tildelt nye navn, jeg har generalisert hvor de kommer fra, og hvilket yrke og hvilken utdanning de har. I den endelige oppgaven har jeg hatt ytterligere fokus på anonymisering. Ettersom mobil ikke regnes som et like sikkert opptaksredskap som båndopptaker, slettet jeg opptakene rett etter transkriberingen var gjennomført. Lydfilene var derfor ikke lenge i mobilens arkiv. I tillegg ble alle mail og meldinger som ble sendt ut i forbindelse med rekruttering av informanter slettet fortløpende.

3.4 Informantene

3.4.1 Utvalgsprosessen

Ettersom jeg stilte krav til informantenes kjønn og alder, er ikke respondentene tilfeldig valgt ut. For å rekruttere deltagere benyttet jeg meg av nettverket mitt, og fikk hjelp av venner og bekjente til å finne informanter som passet til kriteriene. Jeg ønsket ikke å intervju mennesker som jeg hadde en nær relasjon til, da dette kan påvirke svarene til informanten. I oppgaven er det imidlertid ett unntak fra dette, da jeg har intervjuet en venninne, som i oppgaven har fått navnet Marie. Årsaken til at jeg intervjuet en venninne var at hun ble intervjuet mens jeg enda hadde tenkt å fokusere på diabetikere, og Marie har diabetes. Hun har imidlertid fått tilnærmet de samme spørsmålene som de andre informantene. For å sikre at Marie ikke oppfattet intervjusituasjonen som en vennesamtale, og derved risikere at informanten svarte for åpent eller annerledes enn hun ville gjort med en ukjent intervjuer – var også doktorgradsstipendiat Kristina Sunde Støverstein tilstede under dette intervjuet. Ved å ha en ukjent person tilstede ønsket jeg å minimere sjansen for at informant lot seg påvirke av vår relasjon. De øvrige intervjuene ble gjennomført alene.

3.4.2 Presentasjon av informanter

Ettersom jeg har valgt ut informanter som representerer to generasjoner, har jeg valgt å lage et skille mellom disse. Informantene som er i midten av tjuårene har fått betegnelsen *Generasjon M*, og alle informantene har fått fiktive navn som starter på M. Informantene som er rundt 50 år har jeg kalt for *Generasjon V*, der alle har fått tildelt navn som begynner på V.

Generasjon M

Mona er sivilingeniør og er yrkesaktiv i en relevant jobb til utdanningen. Hun er fra Østlandet, men har tatt utdanningen sin i Trondheim, hvor hun ble boende etter hun var ferdig med studier.

Michelle har en høyere grads utdanning innen økonomi og ledelse. Hun er opprinnelig fra Oppland, men har det siste året bodd i Trondheim.

Marie er østlending, men har bodd i Trondheim de siste to årene. Hun har diabetes type 1, og var under intervjuet gravid med sitt første barn. Hun har en pedagogisk utdanning og er nå i relevant jobb.

Marius har utdanning innen markedsføring, er yrkesaktiv og bor i Trondheim. Marius forteller at han har et avslappet forhold til helsen sin. Han er aktiv med trening, og er en av de mer ivrige informantene innenfor bruk av selvsporingsteknologier.

Mons jobber innen IT og er mastergradsstudent i Trondheim. Mons har vært lite hos fastlegen de siste årene, da han benytter seg av råd fra hans onkel som er lege. Mons er opptatt av helsen sin, og har et bevisst forhold til trening og kosthold.

Generasjon V – informanter i 50-årsalderen:

Vivian arbeider som hjelpepleier og bor på et tettsted utenfor Trondheim sammen med sin ektefelle. Hun har diabetes type 2, og forteller at hun derfor har et bevisst forhold til sin helse.

Vera bor i en kommune på Vestlandet. Hun har en pedagogisk utdanning, og jobber i grunnskolen. Hun har tre voksne barn, hvorav en av dem er utviklingshemmet. Hun deler mye erfaringer hun har fått i helsevesenet som følge av sønnens tilstand.

Vegard er bosatt i Trondheim sammen med barn og ektefelle. Han har en utdanning innen samfunnsvitenskap og jobber med administrative oppgaver i en institusjon. Selv om han har varige helseplager, beskriver han seg selv som i eksepsjonelt god form.

Viktor beskriver livet sitt som et A4-liv, han har ektefelle, to barn, stasjonsvogn og hund. Han vokste opp på landet, men trives best med å bo i by, og nå bor han i Trondheim. Han har en pedagogisk utdanning og jobber på en barneskole.

3.5 Forskningens kvalitet

Både Tjora (2013) og Grønmo (2011) mener at reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er viktige faktorer for å vurdere forskningens kvalitet. Jeg vil derfor skrive kort om disse.

Ifølge Tjora (2013:202) kan *Reliabilitet* i en kvalitativ sammenheng, forstås som oppgavens interne logikk. Idealet for reliabilitet er den nøytrale eller objektive forskeren. Men fullstendig objektivitet blir sett på som en utopi. Forskeren vil til en viss grad tar avgjørelser basert på sin kulturelle bakgrunn og interesser. Tjora (2013:203) mener at slik kunnskap kan sees på som en ressurs, men det er viktig å være åpen om hvordan dette kan ha innvirkning på forskningsprosjektet. I mitt tilfelle er det derfor aktuelt å reflektere over at jeg har samme alder som den yngste gruppen av informantene, og at dette kan ha hatt innvirkning på intervjusituasjonen og databehandlingen - da det kanskje er lettere å relatere seg til deres synspunkter. I tillegg er jeg i likhet med alle informantene en pasient, i lege-pasient-relasjonen, noe som også kan påvirke mine drøftinger. Ved å ha en bevisst holdning til dette, har jeg forsøkt å ta høyde for dette i diskusjonen, og hatt fokus på objektivitetsprinsippet.

Validitet innebærer kort at oppgaven har en logisk sammenheng. Dette gjør seg blant annet gjeldende ved at spørsmålene som brukes for å samle inn datamaterialet, samsvarer med den man ønsker å finne svar på (Tjora, 2013:202). Grønmo (2011:233-234) skiller mellom intern og ekstern validitet, men dette gjelder primært kvantitative

studier. Grønmo mener likevel at disse faktorene er et utgangspunkt for drøfting av kvaliteten på kvalitative studier også.

Den interne validiteten refererer til eksperimentsituasjonen, i mitt tilfelle hvordan intervjuene ble gjennomført, og hvordan informantene ble valgt ut. Den eksterne validiteten er derimot et uttrykk for om eksperimentet samsvarer tilstrekkelig med reelle samfunnssituasjoner. Det er viktig med en balanse mellom disse validitetstypene, da for mye fokus på en av de kan svekke den andre. Grønmo hevder at det ikke finnes noen nøyaktige mål for å vurdere oppgavens validitet. Det er heller ingen tydelige krav for hva som er tilfredsstillende. For å etterstrebe en god validitet har jeg hatt fokus på at prosjektet ikke blir kunstig.

Ettersom jeg hadde kriterier på informantenes kjønn og alder, er enkelte grupper ikke representert i oppgaven som kan svekke validiteten. Men for å kunne få frem ulike perspektiver, valgte jeg informanter som representerer to ulike generasjoner og en tilnærmet lik fordeling av kjønn. Formålet med å ha med to generasjoner er ikke å sammenligne de ulike aldersgruppene, men heller for å få med synspunkter på helse fra personer med ulik alder og erfaring. Jeg hadde ingen andre krav til informantene, verken utdanning, yrke eller bosted var noe jeg hadde spesifikke kriterier til. Tilfeldighetene gjorde at åtte av ni informanter har utdanning på høgskole og universitetsnivå, noe som kan påvirke hvordan de forholder seg til helseinformasjon og helsesektoren.

I datamaterialet har jeg intervjuet ni personer, og de representerer ikke alle grupper i samfunnet. Det begrensede utvalget har derfor en innvirkning på forskningens *generaliserbarhet*. Tjora skriver om viktigheten av transparens i kvalitativ forskning (2013:216). Ved å ha en transparent redegjørelse av hvordan datamaterialet er innhentet og behandlet, kan den enkelte leser selv vurdere oppgavens overførbarhet.

4 Den moderne pasienten

Problemstillingen som søkes svar på i oppgaven er:

Hvordan Internett som helseinformasjonsarena og selvsporingsteknologier påvirker kommunikasjonen mellom lege og pasient, og hvordan disse teknologiene kan bidra til en endring i forståelsen av helse.

I dette kapittelet blir det primært fokus på Internett som en helseinformasjonsarena og hvordan dette har innvirkning på helsesektoren. Kapittelet er inndelt i to hovedtemaer. I 4.1 betraktes Internett som en plattform for helse, og i 4.2 er fokuset på kommunikasjonen i lege-pasient-relasjonen. Avslutningsvis i 4.3 blir legekantoret betraktet som en sosial verden der funn fra 4.1 og 4.2 blir presentert.

4.1 Internett som helseinformasjonsarena

I delkapittel 4.1 skriver jeg om søking av helseinformasjon på nett, om hvordan informantene reagerer og forholder seg til helseinformasjon. Videre skriver jeg om deltakelse i nettsamfunn relatert til helse og avslutningsvis om pasienters nye muligheter om følge av økt kunnskap.

4.1.1 Søking av helseinformasjon på nett

Lupton (2014b:3) skriver om den økende tendensen til å innhente kunnskap om helse fra Internett. Fenomenet er blitt så populært at helseinformasjonssøking er på tredjeplass i hva som er mest vanlig å bruke Internett til. Lupton refererer også til en undersøkelse, der det kom frem at åtte av ti amerikanere bruker Internett til dette formålet. En lignende statistikk er å finne i mitt begrensede utvalg, da Viktor er den eneste av de ni informantene som sier han ikke bruker nevneverdig tid på å søke etter helseinformasjon. Han forteller at ektefellen tar seg av den biten: «Hun er på en måte den som finner ut sånne ting for familien, og hun tar liksom det ansvaret da, altså hun er ikke noe sånn hypokondersyk som går på Internett for å sjekke og sånn»

Den andre mannen som presenterer generasjon V, Vegard – har et mer aktivt forhold til helseinformasjonssøking. Han mener at Internett er et positivt alternativ sammenlignet med å lese i for eksempel den medisinske håndboka. Han er bevisst på at skribenten bak de ulike tekstene på nett har et subjektivt filter, men at fordelen med Internett er at flere ulike kilder er lett tilgjengelig, og ut ifra flere perspektiv kan han

selv gjøre seg opp en egen mening: «Det fins jo ikke noe objektiv informasjon noe sted, men det fins nyanser og et godt stykke utpå kontinuumet så har du det objektive som man kan lære seg å lese på riktig måte»

Det er Google som er en gjenganger når informantene skal søke etter informasjon på Internett. Marius sier det slik: «går jo gjennom Google mest mulig korrekt, og så er jeg kritisk i forhold til det» Både Vera, Michelle, Marie og Mons forteller også eksplisitt at de starter søket på Google og begynner å lese på de øverste treffene. Ingen av de klarer å gjengi hvilke sider de bruker, men alle tre nevner lommelegen, som utsagnet fra Marius viser: «Nå husker jeg ikke hva de heter, men hvis du prøver lommelegen eller et eller annet, vet ikke hvor troverdig det er da».

At det er vanskelig å huske nøyaktig hvilke sider som blir brukt til å finne helseinformasjon er et mønster som går igjen hos de fleste informantene. Dette trenger ikke nødvendigvis ha en sammenheng med at de ikke er bevisst på hvem som er innholdsprodusentene. En mulig forklaring er å finne i Mons sin kommentar:

Når du begynner å bli litt vant med søkemotorer, så er det veldig enkelt å finne frem til rett svar veldig mye fortere (...) for min del så ser du ganske fort på informasjonen som legges ut på et nettsted om det er seriøst eller ikke.

I forbindelse med biomedikaliseringperspektivet tar Clarke (2003:176) opp betydningen av nye informasjons- og distribusjonsformer. Han hevder at det en utfordring med helseinformasjonen på nett, er at opphavsmennene til det som blir skrevet, er en mangfoldig gruppe. På Internett er seriøse og fagkyndige godt representert av dem som produserer innhold. Men det er også mangfoldige nettsamfunn og gruppeforum relatert til helse, der pasienter deler sine erfaringer. Både Clarke (2003:177) og Silver (2015) uttrykker bekymring over at det kan være vanskelig å skille mellom hva som er skrevet av eksperter, og hva som er skrevet av ufaglærte.

Samtlige av de åtte informantene som søker etter helseinformasjon på nett, gir uttrykk for at de har et reflektert forhold til kildekritikk. Det er likevel interessant at mange av informantene ikke klarer å gjengi hvilke kilder de bruker. Men som Mons sier i sitatet over, er det selve informasjonen på nettsiden han primært vurderer troverdigheten i det som blir skrevet. Siden flere av informantene sier de er kritisk til

informasjon på nett, kan det tenkes at de har samme fremgangsmåte for å være kildekritisk som Mons. For å videre belyse informantenes evne til å sortere ut valid informasjon, er det interessant å se nærmere på hvordan de forholder seg til det de leser om helse på nett.

4.1.2 Reaksjoner på helseinformasjonen

Helseinformasjon på nett kommer fra et mangfold av både seriøse og useriøse forfattere. Dette stiller krav til at leserne er kildekritisk, da det ifølge Silver (2015) er lett å trekke feilaktige konklusjoner, eller misforstå innholdet på nett. Dette kan igjen føre til en økt opplevelse av helseangst. Ordlyden som går igjen hos informantene er at de tar innholdet på nett med en klype salt.

Flere trekker frem at helsesøking ofte ender opp med at de har symptomer på kreft. Marius formulerer det slik: «Ender stort sett opp med at du har kreft eller noe sånt». Mona mener også at innholdet ofte går i retning av kreft «Så er jeg veldig bevisst med det at du er som regel – enten så har du kreft, eller så er du gravid, det er liksom de to store tingene». Mens Michelle mener at Internett vinkler alt negativt: «Internett har jo en tendens til å vinkle alt litt negativt, så da blir det jo ofte at du plutselig bare – åja – jeg har kreft, jeg har kreft». Hun forteller videre at en ulempe med Internett er at det åpner for flere muligheter enn du først tenkte:

For hvis du ikke hadde hatt Internett, og bare levd med din egen kunnskap, og min egen kunnskap om sykdom er jo veldig liten, så ville det liksom ikke vært så mye å velge imellom. På nett kan du jo lese om alle de grusomme tingene som skjer med en tilfeldig person.

Michelle forteller at hun kan bli litt hypokonder og tenke at hun har de samme plagene som denne ene personen. Mona forteller at hun i likhet med Michelle blir bekymret av informasjonen hun leser på nettet: «Det er sånn, selv om du skjønner at det her, det kan ikke stemme, så er det på en måte en liten greie inni der som, ja det har skjedd noen andre – sannsynligheten er jo ikke helt null». Hun forteller blant annet at hun blir veldig redd av å lese om fødsler og alt som kan skje med barn, men at dette er en frykt hun sannsynligvis hadde hatt uavhengig av Internett: «Jeg tror at mye av det har kommet på grunn av Internett, men jeg tror at jeg uansett hadde hatt en grunnleggende frykt, fordi

jeg synes at barn er skremmende i seg selv». Men hun presiserer at det er Internett som har satt fyr på denne frykten, og fått henne til å tvile på om hun vil ha barn.

Marie er den av informantene som gir inntrykk av at helseinformasjon på nett, kan bidra til å skape uro. Selv om flere trekker frem at søkingen på Internett ofte kan ende opp med at de har symptomer på skumle sykdommer, er det få av informantene som gir uttrykk for at de på bakgrunn av dette har fått en vedvarende bekymring. Selv om informasjonen på nett av og til skremmer Michelle, har hun en avslappet holdning til det: «Det er litt sånn "Schrødingers katt greie", det er bedre å leve og kanskje ha det, i stedet for å vite sikkert» Marie syns også at det er lett å bli skremt av informasjonen på Internett, at fakta blir dratt ut av proporsjoner og at det er mye skremselsbilder. Hvis hun blir skremt pleier hun å søke etter flere kilder for å finne ut om det er et gjentakende mønster, og til slutt blir hun betrygget over at det gjentakende mønsteret ikke er så skremmende: «Prøver heller å se an kildene og se hvor informasjonen kommer fra, så det er riktig informasjon man finner»

Vera forteller at hun har søkt mye på diagnoser i forbindelse med at sønnen hennes er utviklingshemmet, men at hun ikke søker så mye på vegne av sin egen helse: «Det blir jo det å prøve å finne sammenhenger, og finne ut hva det er, ikke så mye for meg selv, men for han ene» Hun forteller videre at hun søker på symptomer for å se om de er relatert til de diagnosene han har, og at hun da kan oppleve og bli beroliget: «jaja, men da er det jo naturlig, det var jo et symptom på den diagnosen så klart, så da er det sikkert det». Vivian forteller også at Internett bidrar til både økt kunnskap og at informasjonen er betryggende. Primært bruker hun en side som heter lev med diabetes:

Der synes jeg det er veldig mye god informasjon å få, for der får du mye informasjon om kosthold, det syns jeg er veldig viktig da og aktivitet og i forhold til trening og hvorfor stiger blodsukkeret etter trening, og såne ting som jeg syns legene kan litt for lite om, men altså legene er forskjellig, men min erfaring da, så syns jeg at jeg henter veldig mye informasjon på nettet, og det er veldig klart og oversiktlig og du forstår det som står.

4.1.3 Tilnærming til selvdagnostisering

Informantene har forskjellig tilnærming til hvordan de skal forholde seg til selvdagnostisering. Mons velger å fortelle legen om hva han tror symptomene hans kan

være. Mons er imidlertid svært sjelden hos fastlegen, da han kan kontakte en onkel som er lege. Før han flyttet til Trondheim bodde han i en kjellerleilighet hos onkelen i fire år, og han forteller at han pleier å konsultere med onkelen sin, og få resepter av han i stedet for å oppsøke fastlegen. Marie pleier å fortelle om symptomene sine, i stedet for å foreslå hvilke sykdommer hun kanskje har:

Tenker at det heller må være opp til legen å vurdere hva jeg faktisk har, og ikke prøve å kategorisere hva jeg har i forkant for det kan jo nesten i seg selv føre til selvdagnostisering, for da kan jo legen kun se etter de tegnene du tror du har da.

Marie opplever at hun ofte har rett mistanke om hva som er årsaken til symptomene hun har før hun drar til legen, andre ganger har hun vært inne på sporet: «Det var jo også nå nylig når jeg hadde lungebetennelse og så dro jeg til legen, jeg trodde at jeg hadde halsbetennelse, men så visste det seg at det var lungebetennelse, så jeg var inne på det».

Mona har derimot opplevd å bli overbevist om at hun har funnet ut av hvilke plager hun har, men så har det vist seg å være helt feil: «Jeg vært borti det at jeg er hellig overbevist på at jeg har en type utslett, og så dro jeg til hudlege fordi det ville ikke gi seg, men det var jo noe helt annet da».

Vegard forteller at han ofte har en mistanke om hva som plager han, men trekker frem en episode der han ikke forstod symptomene sine: «Jeg var hos legen på grunn av hjerteinfarkt, og jeg visste ikke at jeg hadde de symptomene, trodde det var tannverk, for jeg hadde vondt her bak kjeven» Han forteller i forbindelse med dette at de personlige møtene med leger er viktig, selv om enkeltmennesker i dag kan finne ut av mye selv.

Michelle har god erfaring med å søke etter kunnskap, og mener hun ofte har en idé om hvilke plager hun har: «Vil jo egentlig si at det er veldig sjeldent jeg går til legen og ikke har peiling, fordi at jeg vil alltid ha mest mulig kunnskap om ting, så du går egentlig, flere ganger så syns jeg at jeg går til legen for å bekrefte»

En gang hadde hun et utslett hun ikke ble kvitt og følte ikke at legen tok henne seriøst. Ved hjelp av Internett fant hun selv ut hva hun kunne gjøre med situasjonen:

«Så kan jeg komme til legen og kreve mer, for jeg bare sånn her - men jeg vet at for eksempel lysbehandling fungerer, så du må sende meg videre til spesialist, så jeg kan

liksom pushe mer på det». Michelle viser med dette sitatet at hun tar en aktiv rolle i å påvirke sine muligheter til behandling. Ved hjelp av denne egeninnsatsen forteller Michelle at hun til slutt fikk henvisning til spesialist, og fikk den behandling hun ville ha, som i tillegg hjalp mot eksemet.

Marius forteller at det er sjeldent han har hatt tanker om å diagnostisere seg selv, men at han heller bruker Internett til å få noen tips. Han trekker frem et eksempel fra da tåneglen var blå, og han fant tips på nettet til hva han kunne gjøre med slike småplager. Men Marius har også en gang opplevd å bli overbevist om at han hadde en sykdom etter å ha lest på nettet. Men dette tilfellet skiller seg fra å søke etter hvilke symptomer man har, da Marius først startet google-søkingen først etter han hadde fått tilbake noen prøveresultater hos legen:

Var litt skeptisk når jeg ble syk i fjor vinter, fant ut at jeg hadde gikt – så fikk time på St. Olavs, men jeg hadde ikke det da. Ifølge Internett var det fare for det. Nei, så da var jeg litt redd og ringte pappa og lurte på om det var gikt i slekten, så sa han at, nei det, nei det kan du ikke ha, og det stemte jo òg.

4.1.4 Nettsamfunn relatert til helse

De fleste informantene forteller at de er mer opptatt av å lese helseinformasjon på nettet, enn å aktivt delta i forum. Flere av informantene poengterer også at de holder seg unna slike nettsamfunn. Michelle uttrykker det slik: «Prøver å unngå mammanett, eller mamma – de der mammabloggene». Mens Michelle er skeptisk til helseprat fra mammaer, er Marius skeptisk til kvinneforum og andre diskusjonsforum: «Kan ikke tro på alt som står på hva heter det kvinneforum, eller diskusjon.no, eller alle de sidene der, prøver å styre unna de da». Mens majoriteten av informantene holder seg unna gruppeforum, er Mons og Marie aktive i hver sine nettsamfunn relatert til helse. Begge to knytter sin aktivitet til Facebook- grupper.

Marie er med i tre grupper på Facebook for de med diabetes: «Der har du folk som stiller spørsmål ut til folk, og da lærer du av hva andre spør om og hva andre svarer, og du kan stille selv, og du har alltid den muligheten» Hun forteller videre at hun har opprettet en av gruppene selv, da hun ønsket at diabetikere som er gravide skulle ha sin egen plattform. Nå er hun i den situasjonen selv – men gruppen ble laget lenge før hun ble gravid: «Jeg så behov for det, for de gravide trengte et sted å snakke selv, for det å ha diabetes og være gravid samtidig er veldig komplisert, og det er generelt en lang og

vanskelig prosess egentlig, for insulinbehovet forandrer seg gjennom hele svangerskapet».

Mons er aktiv i en treningsgruppe på Facebook og forteller at han ofte er med i diskusjoner. For øyeblikket har han en skade som gjør at han ikke kan trene, og på gruppen finner han flere i samme situasjon:

Det er flere som har hatt treningsforbud i det siste og spør: ”Smerter rundt albuen, hva kan det være, hvordan kan vi fikse det?” Og så er det gjerne folk som har hatt det tidligere, eller det er faktisk en del kiropraktorer på siden, som hjelper litt til.

Silver (2015) skriver at det spesielt er ytringer fra ufaglærte i gruppeforum som kan være årsaken til at det trekkes feilaktige konklusjoner blant hvilke diagnoser man har. Flere av informantene forteller at de holder seg unna gruppeforum, og viser dermed en bevisst holdning til at de ikke ønsker råd fra ufaglærte. Marie og Mons sitt engasjement i nettsamfunn på Facebook, kan skilles fra gruppeforum ellers på nett. Argumentet bak dette er at på Facebook er det som oftest en avsender som bruker sitt eget navn, fremfor et pseudonym. I tillegg kan Marie og Mons navigere seg inn på posterens Facebook-side, og vurdere om personen bak innlegget er en autentisk person.

På treningsforumet Mons engasjerer seg i, forteller han at det er kiropraktorer som melder seg inn i diskusjonene. Om personen som ytrer seg i nettsamfunnet faktisk er kiropraktorer eller ikke kan også i noen tilfeller være mulig å etterprøve. Dette kan for eksempel gjøres ved å bruke søkemotorer på nett til å se om personen som utgir seg for å være kiropraktor er tilknyttet en klinikk, eller lete etter annen informasjon som kan bekrefte yrke. Et fellestrekk hos Marie og Mons er at de setter pris på å lese om andre som har vært i samme eller lignende situasjon som dem sine erfaringer. Heldal (2008:110) skriver om kunnskapsfordelingen i lege-pasient-relasjonen, og at pasienter har en unik kunnskap ved at de har fenomenologisk opplevelse av sykdommen sin. Å få råd fra noen som har de samme kroppslige erfaringene, kan derfor virke berikende på en annen måte enn når legen deler sin medisinske kunnskap.

Vera er ikke aktiv i noen nettforum, men hun engasjerer seg i politiske avgjørelser relatert til helse. Hun har en applikasjon som gir informasjon om nye høringer i ulike departement:

Du kan få sånn varslinger på mobil eller sånne mail hvis de kommer med noen nye høringer, uansett hvilket departement det er så kan du abonnere på sånne høringer, så det detter inn nesten hver dag noe sånt, men jeg bare sletter jeg de hvis jeg ser de er uinteressant, men så kommer det plutselig et eller annet som går på helse, sånn ”oi tenker du, det må jeg liksom lese og se om jeg skal si noe om”. [...] Så der har jeg faktisk fått noen sånne ”aha-opplevelser”, har vært inne og tenkt at ”oi, det må jeg gjøre noe med”.

Vera forteller at hun og mannen har sendt inn høringssvar på flere saker relatert til helse som de synes virker urimelige.

4.1.5 Konsekvenser av økt tilgang på informasjon

I delkapittel 4.1 kom det frem at åtte av ni informanter har et forhold til å søke om og tilegne seg kunnskap om helseinformasjon via Internett. Informasjonen på nett kan føre til uro, men også til en økt opplevelse av trygghet. Flere av informantene får ofte mistanker om hva som plager de, etter en tur på Internett. Andre ganger har informantene opplevd å dra til legen, for så å finne ut at de sykdommene de hadde forestilt seg at de hadde, ikke var tilfelle. Michelle kunne som en konsekvens av å holde seg oppdatert på nett, kreve å få en bestemt behandling av legen. Mens Vera er opptatt av å følge med på høringer fra ulike departement. Vera har flere ganger valgt å engasjere seg i saker, og gi tilbakemelding på høringene.

Lian (2012: 38-43) skriver i relasjon til medikalisering at helsepersonell besitter en definisjonsmakt ved å kunne definere hvem som er syke og dermed også ha rett på behandling. En motstrøm til dette kan sees i at flere tar ansvar for sin egen helse, ved å søke etter informasjon på Internett. Dette er Michelle et godt eksempel på. Som vist ovenfor kunne Michelle kreve en bestemt behandling av fastlegen etter å ha lest seg opp på nett. Behandlingen hjalp på utslettet hun slet med. Michelles egeninnsats er et ypperlig eksempel på at tilgangen på informasjon fører til nye muligheter for pasienten. At enkeltindivider tar initiativ til å øke kunnskapsnivået bidrar til at helseprofesjonenes makt blir redusert (Liam, 2012:41). Vera bruker tilgangen på helseinformasjon til å engasjere seg i politiske avgjørelser innen helse.

4.2 Lege-pasient-relasjonen

I dette delkapittelet vil jeg ta for meg pasient-fastlege-relasjonen, og se på hvordan kommunikasjonen mellom de to partene foregår. Først tar jeg for meg hvilke egenskaper pasientene mener er viktig hos en lege, og ser jeg på hvordan pasienter forholder seg til legens kunnskap. Videre skriver jeg om kommunikasjonen mellom pasient og lege. Deretter skriver jeg om fastlegeordningen og hvilken betydning dette har for pasienter.

4.2.1 Egenskaper hos legen

Alle informantene ble spurt om hvilke egenskaper de synes er viktig hos en lege. Det som går igjen hos de fleste informantene, er at legens viktigste egenskaper er å være lyttende, at de tar det informantene sier på alvor, og at de generelt er et medmenneske. Viktor beskriver det slik: «Det er viktig at de har empati, men ikke sånt føleri, helt sånn stakkars deg, men vennlig og imøtekommende, ikke sånn ovenfra og ned, jeg synes det er viktig at du går inn og blir tatt på alvor»

Kunnskap er også viktig, men ingen av informantene nevner denne egenskapen først. Marius formulerer det slik: «Det viktigste er at de er rolig og medmenneskelig, eller de må jo være kunnskapsrik og sånn, men det er kanskje, det vil jeg tro alle leger er, de må gjennom en heftig utdanning». Vegard har også tillit til det norske utdanningssystemet: «Som jeg sier, kunnskapsnivået det får NTNU stå for, for det er dem som gir ut vitnemål, og det er ikke opp til meg. Men det lille jeg trenger han til, det må han kunne noe om». Vegard mener at tillit er et nøkkelbegrep i relasjonen til sin lege:

Når jeg skal brette ut det absolutt siste som jeg har lyst å brette ut om til noe menneske, helsen min, det har jo ingen noe med, bare du selv - og det skal du da gå å få hjelp til, og det finnes jo ikke noe som er et større nederlag enn å gå til andre å be om hjelp, og når det da er det mest intime som man kan snakke om, så må du i hvert fall ha en fastlege som man kan ha tillit til.

Vera forteller at hun synes det er viktig at legen får henne til å føle seg trygg på at han vet hva han snakker om. Da hun tok med sønnen til legen en gang, ble ikke denne trygghetsfølelsen tilfredsstilt:

Jeg har jo opplevd det med sønnen min, liksom sånn, så sier han "vent litt, kan dere bare gå ut litt for jeg må bare lese meg litt opp på de diagnosene først".
Liksom sånn – hallo, da føler du deg ikke sånn veldig betrygget, så han må virke som at han har litt peiling og at han er engasjert.

Vera viser med dette sitatet at hun ikke er tilfreds med legens måte å håndtere situasjonen på. Implisitt i Veras intervju kommer det frem at hun ikke nødvendigvis forventer at legen har kunnskap om diagnosene til sønnen, det hun sier er at hun ønsker at han skal fremstå som at han vet hva han snakker om, og hun legger vekt på at hun vil føle seg trygg. Vera synes heller ikke kommunikasjonen hun har med fastlegen sin om digitale journaler er helt optimal:

Alle har vel fått en kjernejournal nå tror jeg, så er det sånn at du velger selv hva du vil legge inn selv av informasjon. Det er jo mulig at det er vi som velger hva vi vil legge inn av kritisk informasjon og, men jeg har liksom tenkt at det er jo legen, for det er jo sånn at hvis du kommer i en sykehussituasjon der leger trenger tilgang til journal, så skal det ligge inne kritisk informasjon om pasienten, og det er det i hvert fall ikke gjort om sønnen min, men jeg er litt usikker på, skal vi si at han skal legge det inn? For la si oss at du har epilepsi eller at du har en hjertesykdom, som i en nødsituasjon folk må finne fort ut av.

Videre forteller Vera at hun har lagt inn kritisk informasjon om sønnen på nett selv: «Men det ligger ikke på den kritisk informasjon siden, så da må du lete litt lenger ned i journalen for å finne det, så hvis du søker opp kritisk informasjon, så står det bare "ingen" sant»

Vera er tydelig oppgitt over den manglende informasjonen over hvem som har ansvaret for å oppdatere journalen. Marie har i likhet med Vera opplevd at legen ikke hadde kompetanse på et bestemt område. Men Marie gir imidlertid ikke inntrykk av at dette har gått utover hennes trygghetsopplevelse. Marie har hatt diabetes i over syv år, og dette har ført til at hun har mye erfaring og kan mye om denne sykdommen, noe hun ikke opplever at fastlegen hennes har:

Hun har vel egentlig ikke kunnskap om diabetes i det hele tatt, men samtidig så, altså hun er vel heller mer flink til det at hvis jeg trenger mer hjelp, så henviser

hun meg til sykehuset, på endokrinologisk poliklinikk, så da får jeg heller den hjelpen jeg trenger der, men egentlig så er det vel heller nesten jeg som lærer mere henne opp.

Marie mener å huske at legen har nevnt at Marie er den eneste pasienten som har diabetes type 1 hos hennes fastlege. Marie forteller at hun ikke ser på det som et problem at legen ikke har mye erfaring med denne sykdommen, og begrunner dette med at fastlegen sin oppgave er å følge med på at langtidsblodsukkeret ligger på et normalt nivå.

Hvis blodprøvene viser avvikende resultater forteller Marie at det er aktuelt at hun heller begynner å gå fast til en endokrinolog: «For det er endokrinologen som kan med diabetes og ikke fastlegene». Vivian forteller at fastlegen hennes heller ikke har så mye kjennskap til hennes sykdom, men at hun er nyttig på andre måter:

I perioder så kan jo motivasjonen være litt dårligere og da, så da kan det være greit å snakke litt med legen om hva man føler og tenker. Hun lytter til meg, og hører på det jeg har å si, og hvis det er noen ønsker i forhold til diabetesen eller hva det enn måtte være så får jeg jo det jeg trenger. Det er jo kjempebra, hun spør meg og sender ballen videre og spør meg hvordan vil du ha det, hun er ikke sånn som bestemmer og setter ned foten, kanskje hun skulle ha gjort det en gang.

Vivian forteller at videre at hun skulle ønske legen var litt strengere med henne, og ga tydelige beskjeder på at Vivian bør passe bedre på helsen:

Hun skulle vært litt strengere med meg i forhold til sykdommen. Hun kunne sagt, "hør nå her nå tror jeg du er litt uforsiktig, nå tror jeg kanskje du må være forsiktig med kosten, og mosjonere mer, eller så må du begynne med insulin", for det har jeg ikke begynt med.

4.2.2 Legens rolle før og nå

Parsons var blant de første som definerte lege-pasient relasjonen innen samfunnsvitenskapelige disipliner (Meier, 2014). Parsons (1951) legger stor vekt på at legen er i en autoritær posisjon på grunn av hans kunnskap. Det er tydelig at flere av

informantene fortsatt betrakter leger som kunnskapsrike. Vegard og Marius knytter dette opp mot utdanningen de må gjennom. Vera har derimot opplevd å bli sendt ut av legekantoret fordi legen trengte å lese seg opp på sønnens diagnoser, og Vera viser derfor ikke like stor tillit til at han har tilstrekkelig kunnskap om sønnen. I tillegg synes Vera det er synd at sønnens digitale journal ikke blir oppdatert av legen. Eide og Eide (1999:21-22) skriver at et krav innen profesjonell kommunikasjon er at legen har medisinsk kunnskap, og behersker teknologiske hjelpemidler. I Veras tilfelle gir hun inntrykk av at den profesjonelle kommunikasjonen ikke oppleves som tilstrekkelig. I intervjuet med Vera forteller hun at en mulig forklaring på at journalen ikke er oppdatert kan være at det ikke er satt av nok ressurser til legene. Hun forteller også at legen ikke er av den mest digitale typen. Eide og Eide (1999:21-22) fremmer at legen må forholde seg til etikk, og dette innebærer blant annet en rettferdig fordeling av de ressurser blant pasienter. Det kan tenkes at legen i tillegg til å ikke ha tilstrekkelig kompetanse for å hjelpe Vera, og ikke har nok ressurser til å sette seg inn i de digitale verktøyene.

Et viktig fokus innen biomedikalisering er at det er mer opp til den enkelte å ta vare på helsen. Mens Vera er forvirret over hvor ansvaret ligger for å oppdatere journaler på nett, uttrykker Vivian frustrasjon over at legen ikke presser henne mer til å trene. I henhold til Eide og Eide (1999:21-22) sitt syn på profesjonell kommunikasjon, ser vi at legen til Vivian følger retningslinjen om å være empatisk, og uttrykker forståelse og medfølelse for pasientens situasjon. Men det kan virke som kommunikasjonen mellom Vivian og legen likevel ikke er optimal. Kravet om at leger skal være målorientert (Eide og Eide, 1999:21-22), og sammen med pasienten finne den beste løsningen til behandling, er i Vivians tilfelle ikke tilfredsstillende. Vivian forteller at hun trenger å bli oppfordret til å trene, i stedet forteller hun at legen sender ballen over til henne. Det kan virke som at Vivian synes det er tungt å bære ansvaret om å holde seg form for å redusere konsekvensene sin diagnose. I samhandling med legen kan det tenkes at en misforståelse er grunnen til at kommunikasjonen ikke er optimal. Legen kan ha opplevd at det Vivian trenger er forståelse og empati for sin situasjon, mens ønske til Vivian egentlig er mer bestemt oppfølging.

4.2.3 Henvisninger til annet helsepersonell

Som beskrevet over så vi at Marie er klar på at hun ikke forventer at fastleger er spesialister på diabetes. Utsagnet til Marie indikerer at hun føler seg trygg på at hun blir henvist videre når det er nødvendig med mer omfattende oppfølging.

Vegard og Mona er også opptatt av at fastlegen henviser pasientene videre. Vegard forteller eksplisitt at det er viktig at legen ser sine egne begrensninger: «Og så må han kunne henwise meg til andre som kan mer om det, når han når yttergrensen av hans kompetanse» Mona forteller om en ubehagelig opplevelse hun hadde med en fastlege i Trondheim. I utgangspunktet var hun fornøyd med ferdighetene hans, han hadde funnet ut av årsaken til en plage hun hadde hatt i mange år, og hun fikk medisin som hjalp betraktelig mot smerter hun hadde slitt med lenge. Men hun forteller at hun etter hvert ble irritert på denne legen, da han ved to anledninger ikke ønsket å henwise henne videre:

Jeg spurte om han kunne henwise meg til en gynekolog, for jeg har litt dramatiske opplevelser rundt det greiene der, så jeg vil helst ha en gynekolog til å gjøre det, og i hvert fall ikke fastlegen. Og han bare "nei det trenger du ikke, jeg kan gjøre det, bare bestill time liksom". Og jeg bare: "men jeg vil helst ha en gynekolog". Og han bare: "neida, det går fint, jeg kan gjøre det". Så det gadd han ikke.

Den andre negative opplevelsen hun hadde var da fastlegen konstaterte at hun var stiv i skuldrene og på ryggen, og at han kunne utføre akupunktur. Da ba Mona om å få henvisning til fysioterapeut, noe fastlegen hadde sagt nei til og gjentatt at han kunne utføre akupunktur. Mona er tydelig oppgitt over erfaringen med fastlegen som verken ønsket å henwise henne videre til gynekolog eller fysioterapeut: «Når det er min kropp så kan han bare gi faen i det».

4.2.4 Når kommunikasjonen ikke fungerer

Både Vegard og Marie er opptatt av at fastlegen henviser de videre når legen ikke har kompetanse på bestemte områder. Maries årsak for å be om henvisning skiller seg fra de to andre, da hun gir inntrykk av at hennes ønske om en annen behandler skyldes at hun ikke er komfortabel med situasjonen. Dette kan ha vært bakgrunnen til at kommunikasjonen mellom henne og legen ikke ble optimal. Eide og Eide (2008:18)

skriver at det kan være utfordrende å tolke hva samtalepartneren prøver å formidle, da både nonverbal og verbal kommunikasjon kan bestå av tvetydige signaler. Legen kan fra et faglig ståsted ha følt seg trygg på at han kunne utføre behandlingen, og ikke tenkt på at Mona ønsket henvisning av andre årsaker. Det kan derfor tenkes at det har oppstått en misforståelse i kommunikasjonen mellom partene.

En viktig oppgave for legen er å sette seg inn i pasientens perspektiv. Pasienten skal beholde innflytelse på avgjørelser vedrørende sin egen helse (Eide & Eide, 2008:19). Ut ifra Monas skildringer er det tydelig at hun ikke opplever at hennes behov ble lyttet til. Mona er 25 år gammel, og har derfor nettopp kommet i den alderen der kreftforeningen sender ut anbefalingsbrev om å ta en celleprøve for å unngå livmorhalskreft. Kreftforeningen skriver at fire av ti kvinner mellom 25 og 29 år ikke følger anbefalingen om å sjekke seg (Kreftforeningen, 2016). Dette fører til at unødvendig mange unge kvinner ikke oppdager kreft tidlig i forløpet. Det kan tenkes at det i likhet med Mona er andre unge jenter som opplever en gynekologisk undersøkelse som ubehagelig. Det kan derfor problematiseres at legen ikke tar Monas ønske om henvisning til etterretning. Fra en annen side, kan det hende at legen har hatt retningslinjer å forholde seg til fra sine overordnede. Det kan for eksempel tenkes at fastlegene i utgangspunktet kun skal henvise videre saker som de selv ikke er kompetent til å behandle.

Som biomedikaliseringsspektivet fremmer har den medisinske utviklingen ført til nye muligheter innenfor helsesektoren (Clarke, 2003:162). Dette gjør seg blant annet gjeldende ved at det er utviklet risikoutredningsteknologier som brukes til å minimere sjansen for at folk blir syke (Clarke, 2003:172). Celleprøven av livmorhalsen er et eksempel på dette. Den norske legeförening (2015) skriver at den medisinske utviklingen fører med seg utfordringer. Etterspørselen av behandlinger fra befolkningen, overgår de ressursene helsetjenester i Norge har. En løsning på dette har vært å pålegge primærhelsetjenesten flere oppgaver. Fastlegen kan derfor ha handlet pragmatisk da han sa nei til Monas ønske om henvisning, da han vet at spesialisthelsetjenesten, og derved klinikker med gynekologer og fysioterapeuter – har begrenset med kapasitet. Mens han selv hadde ressurser til å utføre behandlingen. Erfaringen Mona hadde på legekantoret kan likevel være i strid med Eide og Eide (1999:21-22) sitt syn på etikk i legerollen, som går ut på at pasientens behov alltid skal settes først. Videre skriver Eide og Eide at legens krav om å handle etisk kan bli

utfordret når begrensede ressurser skal fordeles mellom pasienter. Det kan tenkes at den uønskede situasjonen Mona havnet i var et resultat av et etisk dilemma for legen.

Senere i oppgaven vil det imidlertid komme frem at Mona tar kontroll over situasjonen hun har havnet i, ved hjelp av Internett. I Monas samhandling med legen ser vi at kommunikasjonen ikke var optimal. Vegard forteller eksplisitt at en viktig faktor for at han valgte akkurat den fastlegen han har i dag, er at samhandlingen mellom han og fastlegen fungerer bra: «Det er mulig å kommunisere med mannen, han forstår noe mer av min kommunikasjon enn jeg har sett tidligere, kunnskapsmessig så aner jeg ikke hvor han er, men det er mulig å snakke med han».

4.2.5 Fastlegeordningen

Legeforeningen (2015) skriver at fastlegeordningen har styrket pasienter sine rettigheter. Mens det tidligere var vanlig å gå innom et legekontor, eller ringe for å bytte fastlege, har det siden fastlegeordningen kom i 2001 blitt enkelt å bytte fastlege over nett. Pasienter har rett til å gjøre to bytter hvert kalenderår. Det er imidlertid mulig å bytte lege mer enn to ganger per år dersom fastlegen slutter, eller hvis pasienten flytter og endrer sin folkeregistrerte adresse.

Ovenfor beskrev jeg Monas misnøye med at hun ikke fikk de henvisningene hun ønsket av fastlegen sin. Eide og Eide (2008:19) skriver om begrepet *empowerment*, som refererer til at pasienten har rett til å ha makt og kontroll over sin egen helse, og at de skal få delta i beslutningsprosesser. Empowerment er noe som legen skal ha fokus på i relasjon til pasienten, men ifølge Heldal (2008:110) kan Internett bidra til at pasienter selv kan oppnå en form for empowerment på egenhånd. Dette kan skje ved at pasienten skaffer seg kunnskap om medisinsk informasjon. Heldal (2008:110-111) skriver videre at Shaw, Hardey og Broom hevder at Internett fører til at pasientene kan utfordre legen, ved at informasjon utvider de valgmulighetene pasienten har. Mona er et godt eksempel på at pasienten kan ta kontroll over situasjonen ved hjelp av digitale muligheter. Hun valgte å bytte fastlege på Internett. I tillegg skrev Mona en kommentar på nettsiden til legen hun var misfornøyd med:

Ja og så er det på en måte det at man kan legge inn kommentarer på legene og, så det gjorde jeg på han andre legen og sa at jeg satte ikke pris på det å ikke få henvisning når jeg ønsket det.

I medikaliseringperspektivet fremmes det at helseprofesjonene besitter en definisjonsmakt ved å bestemme hvem som har rett til å motta behandling (Lian, 2012:42,43). Sigmund Hernes stiller spørsmål ved om medialisering kan føre til en omfordeling av makt (Hjarvard, 2008:16-17). I Monas tilfelle ser vi at det er media som hjelper henne med å gjenvinne makt og kontroll over situasjonen.

Alle de unge informantene har i likhet med Mona benyttet seg av muligheten til å bytte fastlege. Ingen av de andre ytrer at de har byttet fastlege på grunn av at de har vært misfornøyd med en lege. Både Michelle, Marie, Mons og Marius forteller at de byttet fastlege på grunn av flytting. Michelle forteller at det var vanskelig å bestemme seg for hvilken fastlege hun skulle velge, da det var så mange å velge mellom:

Jeg tok sikkert ikke den beste for jeg sjekket ikke alle, men han var ledig og det var liksom grei nok informasjon. Jeg bruker jo ikke fastlegen så ofte [...] jeg har ikke møtt han enda faktisk, jeg bare vet at jeg har en i Trondheim nå.

Blant generasjon V, har verken Viktor, Vivian eller Vera benyttet seg av muligheten til å bytte fastlege på nett. Begge damene har hatt den samme fastlegen i over tjue år, og har ikke hatt behov for å bytte lege. Vegard har i likhet med de andre tre, hatt legen sin siden før fastlegeordningen ble innført i 2001. Men etter et lengre opphold i utlandet brukte han Internett til å lese om ulike leger, før valget igjen falt på den legen han hadde før han dro:

Den der legelisten.no, den er noe av det artigste som jeg har vært på lenge av sånne helsesider. Da jeg flyttet tilbake til Norge gikk jeg inn dit før jeg bestemte meg for å søke om å få tilbake legen jeg hadde før jeg dro, og gikk gjennom de nærmere legesentrene og så på hva legene hadde fått av kommentarer og hvordan kommentarene var formulert og alt mulig sånt, og det var fantastisk fint.

Han forteller videre at grunnen til at han er så fornøyd med dette tilbudet, er at det er viktig at privatpersoner får et grunnlag til å vurdere hvilken lege de selv mener passer best til sine egne behov: «Altså det er som om du skulle ha bestilt deg hotell i Paris når du skal på en weekend-tur, og så får du ikke lov til å vite hvor mange stjerner det har»

Ved hjelp av Internett fikk Vegard et godt innblikk i hvilke fastleger han kunne velge mellom. Han leste kommentarer som andre brukere hadde lagt igjen, og fikk på denne måten mye informasjon før han tok en avgjørelse. At Vegard er opptatt av å lese om andre pasienters erfaringer, viser at Monas tilbakemelding på legen hun var misfornøyd med, kan ha en effekt på legens omdømme. Kommentarer om leger på Internett bidrar til at enhver kan få et innblikk i hvordan legen blir oppfattet. Michelle poengterer imidlertid at det er viktig å huske at kommentarer på nett er subjektive: «Husker at jeg sjekket ut hva folk sier og sånne ting, men du kan jo ikke helt stole på kommentarer for det er jo veldig subjektivt, hvis du føler at du har blitt hørt av doktoren din».

4.2.6 Bestilling av legetime og resepter

Majoriteten av informantene har forsøkt å bestille legetime via Internett..

Vivian gir inntrykk av at hun er veldig fornøyd med nettløsningen til hennes legekantor. Hun forteller at hun tidligere brukte telefon for å kontakte legen og da var ventetiden en annen enn ved å bestille over nettet: «Før kunne man risikere å vente i fjorten dager før man fikk time, men nå venter man jo bare til dagen etter, eller samme dag, eller om morgenen, så får du time den dagen»

I teorikapittelet fremmes Krotz (2009) oppfattelse av at det ikke er teknologien i seg selv som er det interessante å undersøke i medialiseringperspektivet, men heller hvilke kommunikasjonsmuligheter teknologien bringer med seg.

I henhold til Vivians utsagn kommer det frem at det ikke er muligheten til å bestille time på nett som er det essensielle, men at konsekvensen av å bruke denne kommunikasjonsformen fører til effektivitet, og at hun får time raskere enn da hun tidligere måtte bestille time via telefon. Marius forteller imidlertid at ventetiden er den samme uavhengig av om han bestiller timen ved å ringe, bruke app eller sende melding: «det er samme dame som sitter behind det her da, og hun har en viss kontortid».

Utsagnene om ventetid fra Vivian og Marius tyder på at legekantorene de er tilknyttet har integrert nye teknologiske muligheter på ulike måter. Krotz (2009) fremmer at medialisering er en metaprosess der hastigheten i utviklingen varierer fra sted til sted. Marie forteller at på hennes legekantor har de redusert telefontilbudet som følge av at de har fått nettløsninger: «Gjennom telefonene så er det liksom mellom kl. halv ti og elleve, og mellom kl. halv ett og halv tre, så du har veldig lite rom, og du er på jobb, i hvert fall når jeg er på jobb på dagtid, og det er mange andre også»

Marie forteller at hun synes dette er synd, fordi hun foretrekker å ringe for å bestille time. Dette begrunner hun med at hun er skeptisk til sikkerheten på nettsiden «du vil jo ikke akkurat gå så veldig i detalj på en nettside, for da er du jo 100 % på Internett, og du vet ikke hvordan den nettsiden eventuelt blir overvåket».

Marie forteller at hun gjerne kunne brukt internettfunksjonene hvis de hadde fungert bedre og vært mer brukervennlige og hatt mer fokus på personvern:

Kanskje de kunne hatt en innloggingsfunksjon, du føler deg på en måte litt tryggere når du logger inn, enn når du bare er inne på siden generelt og skriver en henvendelse, at de hadde hatt bedre optimaliserte nettsider eller eventuelt applikasjoner selvfølgelig så hadde det vært lettere å bruke.

Begge mennene i generasjon V, Vegard og Viktor, foretrekker å ringe legen for å bestille time. Men av ulike grunner. Viktor forklarer det med at det er ren latskap: «utrolig rart, jeg er jo for så vidt ganske digital av meg, men akkurat når det gjelder det der så ringer jeg stort sett legekantoret» Viktor utdyper at han er kjent med at det finnes mobilapper, men at han synes prosessen med å laste den ned er krevende:

Tror det bare er gammel vane, og så det der med at da må du laste den ned, og så må du aktivisere den og så må du begynne å bruke den, det er bare den prosessen der som er,” nei- orker ikke, tar en telefon”.

Vegard har i motsetning til Viktor, forsøkt å benytte seg av internettilbudet. Han var ikke fornøyd med utfallet: «Fordi jeg prøvde en gang å bruke nettløsninger og å sende tekstmelding for å få time, og da fikk jeg time etter fem uker, det var jo helt uinteressant». Vegard har også prøvd å bestille resept over Internett: «Og så går jeg på daglige tablett, så jeg må jo ha resepter hele forbanna tiden, og når jeg da ba om å få en resept tilsendt så fikk jeg en legetime». Marie forteller at det ofte har skjedd noe feil med hennes resepter også, når hun bestiller medisiner på nettet.

4.2.7 Fremtidens lege

Informantene fikk spørsmål om det er noen kommunikasjonsformer de savner i den nåværende relasjonen til legen.

Vegard forteller at han gjerne skulle hatt mulighet til å chatte med legen! Han forteller at dette kunne vært løst med at det var lagt inn tid til dette i fastlegens arbeidsdag, eller eventuelt at de kunne logget seg på når de har ledig tid: «Altså en legetime, jeg tror de setter av 15 minutter til hver pasient, noen pasienter tar de på 7,5 minutt og da er det plutselig masse tid».

Michelle er også åpen for at relasjonen til legen kan bli ytterligere medialisert:

Jeg tenker for eksempel når du er syk og du vet du har influensa, og så går det over i egenmelding, det går over tre dager, så er det så irriterende at du må til doktoren, for å få det bekreftet, så da kunne jo kanskje vært greit å hatt muligheten til for eksempel Skype, men på den andre siden så vet jeg liksom ikke hvordan det skulle, det blir kanskje litt intimt å ha med doktoren inn i hjemmet ditt på en måte – bare ”hallo jeg ligger i sengen min, jeg er syk” så det blir litt, jeg vet ikke helt, en ny hverdag for dem i hvert fall.

4.3 Legekontoret som en sosial verden

Kommunikasjonsformene som blir benyttet i relasjonen mellom legekontoret og informantene er interessant å betrakte i lys av Krotz konsept om sosiale verdener. Krotz har utviklet konseptet med sosiale verdener for å kunne undersøke hvilke endringer medialisering har brakt med seg. Fordelen med at det ikke er teknologien som er i fokus, men hvordan mennesker bruker den til å kommunisere, er at en teknologi brukes ulikt til ulike formål (Krotz, 2009). Maria Bakardjieva i (Castells og Haraway, 2007:39-40) fremmer også et lignende syn som Krotz. Hun hevder at det har vært for lite fokus på å studere brukerne, og at for mange har en teknologisk deterministisk vinkling på forskningen av medier. Hun mener at brukerne velger teknologier ut ifra hva et ønske om å kommunisere på bestemte måter, og ikke fordi teknologien i seg selv er det viktige.

I dette kapittelet har det kommet frem at medier både blir brukt til å søke om helseinformasjon over nett, bytte fastlege og vurdere og gi tilbakemelding på fastlegens ferdigheter. Uavhengig av om informantene har benyttet seg av en iPad, datamaskin, mobil eller tradisjonell telefon – er det interessante kommunikasjonen som blir muliggjort av mediet. Krotz betrakter medialisering som en metaprosess, der utviklingen skjer i ulikt tempo, og på ulik måte fra sted til sted (Krotz, 2009:25). Innad i en sosial verden kan også menneskene bruke medier i ulik grad. Samtlige av

informantene bruker medier i relasjon til legen, men informantene har forskjellige preferanser for hvilket medium som passer best til ulike formål.

Vivian bestiller time over nett fordi hun opplever at det da blir kortere ventetid. Både Vegard, Viktor og Marie foretrekker å ringe men av helt ulike grunner. Viktor begrunner det med at han ikke orker å sette seg inn i nettløsningene. Vegard har forsøkt nettløsningene, men opplevde ved to anledninger at det ikke fungerte optimalt, og betraktet kommunikasjonen over telefon som et bedre alternativ. Marie er opptatt av overvåkning og sikkerhet. Hun føler seg tryggere ved å kontakte legekantoret over telefon, enn å utlevere opplysninger på nettet. De ulike holdningene til informantene, viser at de basert på erfaring har valgt de mediene som fungerer best til å kommunisere sitt budskap til legekantoret. Som Heldal (2008:110) fremmer kan Internett bidra til at pasienter selv kan oppnå en form for empowerment på egenhånd

I dette kapittelet har det kommet frem Michelle og Mona benyttet seg av digitale verktøy for å sikre at de fikk den behandlingen de ønsket i helsesektoren. Michelle fikk økt kunnskap om helsebehandlinger via Internett og kunne kreve mer. Mona byttet fastlege på nett, og la igjen en offentlig kommentar om at hun var misfornøyd med opplevelsen hos en bestemt lege. På denne måten fikk hun mulighet til å ytre seg, og kanskje bidra til at andre slapp å oppleve det samme. Vera får melding når det er nye høringer i ulike departement inn på mobilen. Hun er spesielt engasjert i høringer relatert til helse, og engasjerer seg hvis hun synes noe virker urimelig.

På bakgrunn av dette er det mulig å hevde at medier har bidratt til at pasienter har flere muligheter til å ta kontroll over sin egen helse. Videre er det interessant å se hvilke holdninger informantene har til fremtiden. Vegard kommenterer at han godt kunne tenkt seg å ha mulighet til å chatte med fastlegen, mens Michelle foreslår at videosamtaler kunne vært en effektiv måte å kommunisere med legen i visse situasjoner. Med tanke på de hyppige endringene som skjer innen mediert kommunikasjon i helsesektoren, er det ikke urealistisk at Michelle og Vegards ønsker kan bli en realitet. At det vil komme flere kommunikasjonsmuligheter mellom lege og pasienter fremover er i hvert fall sannsynlig.

5 Visualisert mediekommunikasjon

Meier (2014) skriver at begrepet visualisert mediekommunikasjon omfatter teknologier der kommunikasjonen foregår interaktivt – altså mellom en menneskelig bruker og en datagenerert maskin. Både selvsporingsteknologier, og spillapplikasjoner er eksempler på visualisert mediekommunikasjon.

Videre skriver Meier at visualisert mediekommunikasjon ikke har en direkte tilknytning til lege-pasient relasjonen, men at økt fokus på å generere kunnskap om seg selv og om helse generelt, kan endre legens betydning for pasienter over tid. Bruken av interaktive teknologier er derfor interessant å trekke opp mot lege-pasient-relasjonen. Oppgavens problemstilling er: *Hvordan Internett som helseinformasjonsarena og selvsporingsteknologier påvirker kommunikasjonen mellom lege og pasient, og hvordan disse teknologiene kan bidra til en endring i forståelsen av helse.*

I dette kapittelet bli det primært fokus på selvsporingsteknologier i tilknytning til helse. Først presenteres informantenes forhold til selvsporingsteknologier, deretter trekkes dette opp mot Luptons (2014a) inndeling av privat-, kollektivt- og oppfordret bruk. Avslutningsvis diskuteres informantenes tilnærming og holdninger til visuell mediekommunikasjon.

5.1 Bruk av selvsporingsteknologier

Samtlige av informantene har på et eller annet tidspunkt testet en selvsporingssaplikasjon. Teknologiene de har brukt kan deles inn i tre kategorier: 1) trening, 2) kosthold og 3) vedlikeholdelse av sykdom.

5.1.1 Selvsporing i relasjon til trening

Vera kjøpte inn skrittellere for at hun og hennes utviklingshemmede sønn skulle bli mer aktive. Forholdet til teknologien ble en kortvarig affære:

Joda, vi har jo, vi kjøpte noen skrittellere for et par tre år siden, så fikk han en og jeg en, men det ble liksom aldri – jeg går likeså greit tur uten for å si det sånn. (...) Det ble liksom litt klumsete. På sønnen min festet jeg en på skoen og den datt stadig vekk av, så da ble det sånn – nei da gidder ikke jeg heller, vi hadde sånne på armen, sånne bittesmå som du bare fester nedpå, klemmer nedpå liksom.

Viktor er heller ikke en aktiv selvsporsingsbruker: «Nei jeg har en i forbindelse med trening som måler hvis du er ute og sykler. Nå har jeg ikke gjort det på et par år, men jeg gjorde det før. Den målte lengde, hastighet og tid». Vivian har også en treningsapp som hun fikk hjelp til å laste ned: «Det var veldig mange å velge mellom da, så det var mannen min som viste meg hvilken jeg burde ha». Hun forteller at hun liker appen godt, og at den fungerer som en skritteller og viser hvor mange kalorier hun har forbrent.

Michelle forteller at hun ikke er så veldig glad i mobilapper, delvis fordi hun har det hun beskriver som en elendig smarttelefon. Hun prøvde en treningsapp som het *Runapp* en gang, og det var ikke en positiv erfaring:

Den var skikkelig irriterende så jeg slettet den, for den var litt sånn der – jeg hadde den på en gang da jeg var på jobb og så plutselig kom den med sånn derre "nå må du ut og trene beskjed på øre" og jeg bare "what – shut up", så det var ikke koselig.

Hun forteller videre at etter hun slettet treningsappen fortsatte hun å motta epost: «"hallo, hallo nå savner vi deg på Runapp". [...] Jeg tror kanskje tanken var at den skulle være motiverende som en personlig trener, men det var ikke det jeg følte jeg trengte».

Vegard og Marius fremstår som de mest aktive brukerne av treningsapper. Vegard bruker en app som heter *Run-keeper* når han trener, den fungerer både til sykkel-, gå- ski- og fjellturer: «Og så måler jeg hvor langt jeg går, og så konkurrerer jeg med meg selv, jeg konkurrerer kun med meg selv»

Marius er også opptatt av at han trener for sin egen del: «Trener for min egen del og ikke for at andre skal se at jeg trener, for å si det sånn»

Marius synes appen fungerer bra som en slags treningsdagbok for seg selv, det gir han mulighet til å gå tilbake i tid å sjekke hvor mye han trente forrige måned. I tillegg fungerer appen som et slags bevis på at treningen er gjennomført:

For eksempel en tur jeg sprang over to mil (...) da brukte jeg appen, litt kult, da har jeg liksom, da printscreenet jeg kartet, så da har du liksom bevis for at jeg har sprunget rundt fjorden.

Selv om begge informantene er klare på at applikasjonen hovedsakelig kun er brukt for sin egen del, er det likevel et sosialt aspekt knyttet til applikasjonen.

Marius forteller at årsaken til at han lastet ned treningsapplikasjonen *Avantas*, var fordi de har en konkurranse på jobb:

Alle på jobben har det, så er det liksom at dess mer du trener, jo mer poeng får du og så konkurrerer du liksom, for eksempel de som har så og så mange treningsøkter fra januar til ut mars er med i trekningen av tur til Tour de France.

Marius er imidlertid veldig klar på at han ikke blir motivert av å prestere bedre enn andre generelt, men at det er premien som er hans motivasjon for å trene: «jeg legger det ikke ut på Facebook, det er ikke det liksom, har det liksom for min egen del».

Vegard har derimot en mer åpen holdning for å dele resultatene i sosiale medier:

Jeg har tidligere kollegaer som også er interessert i fysisk fostring, og de legger ut sine runder på Facebook, og vi kommenterer tilbake til de, og jeg legger ut mine runder og noen av oss måles opp imot andre på en sånn gammel kollegial kompis måte.

Selv om Vegard er klar på at han konkurrerer mot seg selv, finner han likevel en motivasjon i å dele resultatene med venner. Han begrunner dette med at han har drevet mye med lagidrett, og at han trenger et spark bak for å holde motivasjonen oppe til å holde på med individuell idrett

Mona forteller at hun har en applikasjon som heter *Ingress* som blir brukt mer som et sosialt spill enn til trening: «du har på en måte masse punkter rundt deg i virkeligheten, en statue for eksempel, og så skal du gå bort til den, og så skal du skyte ned forsvaret og så overta den hvis du klarer, og da teller den hvor langt du går da». Hun sier at appen er morsom å bruke, og forteller at det både går an å spille alene og å konkurrere med andre, både mot venner og fiktive personer.

5.1.2 Selvsporing i relasjon til kosthold

Tre av informantene har prøvd seg på en kaloritellerapplikasjon som heter *Lifesum*. Marius hadde en kortvarig relasjon til denne appen: «Satt meg bare litt inn i den og så fant jeg ut at – nei det gidder jeg ikke»

Mona brukte den i en periode mens hun var arbeidsledig. Hun synes appen hadde en positiv effekt fordi kroppen var lite i bevegelse sammenlignet med da hun var i jobb og skole: «Jeg hadde jo uansett fått i meg for mye, så da klarte jeg å gå ned fire kilo, og der har jeg holdt meg og» Hun forteller at hun kunne brukt appen igjen, men har et ambivalent forhold til appen fordi hun blir så opphengt i hva hun spiser: «Det endte jo opp med at jeg ikke ville se på ting selv, jeg spurte kjæresten min –OK hvor mye kalorier har jeg spist i dag, for jeg vil hele tiden prøve å redusere det». Da hun var yngre slet hun med spiseforstyrrelser, hun forteller at dette er årsaken til at hun må være forsiktig med å bruke applikasjonen, og at den ikke blir brukt nå som hun er aktiv med trening og i jobb igjen.

Mons har også et forhold til *Lifesum*. Han bruker ikke applikasjonen aktivt for øyeblikket, men har planer om å bruke den mer fremover: «Nå skal jeg starte på diett og da er det mye enklere å ha kontroll på hva jeg spiser med å bruke en sånn app, for da får du alt av kaloriinntak» Mons er for tiden veldig aktiv på en annen kostholdsapplikasjon som heter *Watercoach*: «Den minner meg på at du burde drikke vann, og så regner han ut i forhold til høyde, vekt og kjønn hvor mye vann du burde ha i løpet av dagen, og så får du hvor ofte du burde drikke og sånn» Han forteller at han kan bli litt opphengt i at han skal drikke hele tiden, men at *Watercoach*-appen hovedsakelig er noe positivt: «For glemmer du bort å drikke vann en hel dag, så plutselig på kvelden så går du rundt med hodepine og det er ikke bra for kroppen og være på grensen til å være dehydrert på slutten av kvelden».

5.1.3 Selvsporing i forbindelse med å vedlikeholde sykdommer

Marie synes ikke selv at hun er den største app-brukeren, men hun har flere apper i forbindelse med diabetesen, blant annet en app som kan brukes som et bakgrunnsbilde der det står hun har diabetes, og hva man bør gjøre hvis hun får føling. I tillegg har hun en app som heter *insulin og mat* hvor hun får opplysninger om hvor mye karbohydrater det er i ulik mat. Appen er basert på et hefte som blir utdelt på sykehus:

I stedet for å gå rundt med en bok eller et hefte, så har du bare den appen og det er jo lettere å ha en søkefunksjon enn å ha det heftet og finne frem i tabellen, så det var veldig greit når den kom på app egentlig.

Selv om hun bruker mobilapplikasjoner i forbindelse med diabetesen, er det blodsukkerapparatet hun er mest fornøyd med. Blodsukkerapparatet er en form for selvsporingsteknologi. Hun forteller at legen kan få informasjon fra apparatet ved å koble det til en PC. Marie er den eneste av informantene som bruker selvsporing i relasjon til legen sin. Meier (2014) skriver at det har blitt utviklet mange apper som er ment for at både pasient og legen kan få innsikt i vedlikeholdelsen av ulike sykdommer.

Marie forteller videre at hun bruker tre apper i forbindelse med graviditeten. Favoritten er *gravid og baby*. Hun foretrekker denne appen på grunn av design og brukervennlighet. Spesielt trekker hun frem at den har en kalender som viser hvor langt hun er i graviditet frem i tid, den liker hun godt og har brukt den mye: «Der kan jeg se, OK, den datoen – hvor langt er jeg egentlig i graviditeten da, i forhold til hvis du skal ut å fly – åja der er jeg i åttende måned, så da kan jeg ikke fly, da vet jeg det».

5.1.4 Privat, kommunal og oppfordret bruk av selvsporing

Informantene som aktivt bruker selvsporing i forbindelse med kosthold, Mons og Mona, har begge et privat brukermønster. Lupton (2014a:6) skriver at et *privat brukermønster* kjennetegnes ved at personen bruker selvsporingsteknologier for sin egen del. Dette kan enten være for å øke kunnskapen om hvordan kroppen fungerer, eller fordi de ønsker å forandre noe ved seg selv. Mons bruker kostholdsappen *Watercoach* for å sørge for at han drikker nok vann i løpet av dagen. Mens han tidligere har brukt *Lifesum* for å passe på matinntaket mens han trente, han har nå en pause fra trening på grunn av en skade, men ønsker å starte opp igjen med app-bruken når han er tilbake i form til å trene igjen. Mona har også prøvd *Lifesum* i en periode, og gikk da ned noen kilo. Hun forteller imidlertid at hun må være forsiktig med å bruke appen, og at hun i perioder synes det var så ubehagelig å få et tall på hvor mye hun hadde spist, at kjæresten måtte lese hvor mange kalorier hun hadde spist for henne.

Informantene som aktivt benytter seg av selvsporing i forbindelse med trening, Vegard, Marius og Vivian har også alle et privat brukermønster.

Vegard og Marius er begge opptatt av at de trener for sin egen del. Selv om Vegard forteller at han primært konkurrerer med seg selv, syns han at det er motiverende å dele resultater med venner på Facebook. Vegards skildringer viser derfor at han i tillegg til privat bruk, også har et kommunalt brukermønster. Ifølge Lupton (2014a:8) er *kommunalt bruk* når selvsporingen skjer i samhandling med andre. Ved

hjelp av sosiale medier kan Vegard dele sine opplevelser med omgangskretsen. I tillegg åpner Internett for muligheten til at Vegard kan trene "sammen" med venner i andre land: «Det er en i Virginia som løper maraton og jeg løper maraton og så tester vi tidene mot hverandre».

Mye tyder på at Vegard har et sosialt og gledelig utbytte av å bruke selvsporingsteknologier, men han forteller at det å dele treningsinformasjon ikke er utelukkende positivt. Han har opplevd at noen venner misforstår intensjonen hans med å legge ut treningsresultater:

Så har man nære og gode venner som opplever at det her er en, det finns ikke noe pent norsk ord for det, men det er en kukmåling da, og det er det negative {...} det er en enorm "you rub it in" i andre folk, som ikke helt kommer seg ut av sofaen, som kjenner på den dårlige samvittigheten når de står på baderomsvekten.

For Vegard har et kommunalt brukermønster av selvsporing gjort det mulig å sammenligne resultatene sine med venner. Men som vi ser i Vegards sitat over, er det ikke utelukkende positive konsekvenser av å dele data fra treningsøkter i sosiale medier. Reaksjonene fra Vegards venner på Facebook, kan sees på som en motstrøm på det økte fokuset på helse. Biomedikaliseringperspektivet fremmer at det ikke lenger er rom for å hvile, som følge av det konstante fokuset på å holde seg i form (Clarke, 2003:171-172).

Marius forteller som skrevet over at han kun trener for sin egen del: «Jeg legger det ikke ut på Facebook, det er ikke det liksom, har det liksom for min egen del». At han velger å poengtere at han ikke legger det ut på Facebook, kan gi en indikasjon på at han er klar over at det kan komme reaksjoner fra andre, slik Vegard opplevde. Muligens er Marius selv en av de som ikke ønsker å bidra til det økte fokuset på helse i samfunnet. Men selv om Marius primært trener for sin egen del, er det også et kommunalt aspekt i hans bruk av selvsporing. Etter hver treningsøkt deler han resultatene med kollegaer, for å delta i konkurransen om å vinne billetter til Tour the France.

Det kan også argumenteres for at han har et oppfordret bruk av appen. *Oppfordret bruk* av selvsporing kjennetegnes ved at brukeren laster ned appen som følge av ekstern påvirkning. Marius lastet i utgangspunktet ned appen som følge av en

konkurransen på jobb. Lupton (2014a) skriver at arbeidsplassen er et typisk sted oppfordret bruk av selvsporing kan forekomme. Hun poengter likevel at bruken ofte er helt frivillig fra personens side. I Marius tilfelle virker det som han blir motivert av premien for å være den som trener mest på jobben. Dette har selvsagt også fordeler for arbeidsplassen da de kan bidra til at deres ansatte opprettholder en god helse.

Marie bruker blodsukkerapparatet for å vedlikeholde en sykdom, diabetesen, og er derfor i en annen situasjon enn de andre informantene. For Marie er bruken av selvsporing noe hun er avhengig av for å leve et normalt og sunt liv. Selv om bruken fortsatt er frivillig, står hun ikke fritt til å avslutte selvsporingen uten livstruende konsekvenser. Marie kan i likhet med flere av informantene regnes for å ha et variert bruk av selvsporing i henhold til privat, kommunalt og oppfordret bruk.

Overvåkingen av hennes helse, er først og fremst en nødvendighet, og noe hun må gjøre for sin egen del, og hun har derfor et privat aspekt av bruken. Men hun har også et kommunalt bruk av selvsporingsteknologien, da hun ved jevne mellomrom deler data fra blodsukkerapparatet sitt med legen. På denne måten kan legen hente ut informasjon om hvordan insulinnivået har vært siden forrige besøk og eventuelt vurdere om doseringen må endres. Maries bruk av selvsporing kan også til en viss grad sees på som oppfordret, da det er sannsynlig at leger anbefaler pasienter med diabetes til å ha kontroll på blodsukkernivået i kroppen. Marie bruker også en kunnskapsapp relatert til diabetes, der hun får info om kaloriinnholdet i ulike matvarer. I tillegg har hun en graviditetsapp for å følge med på utviklingen av svangerskapet. Dette synes hun er praktisk, da det gjør det enklere å planlegge tiden fremover, som å undersøke hvilken måned det er når hun er høygravid, og derfor ikke har mulighet til å fly.

Meier (2014) skriver at bruken av visualisert mediekommunikasjon er noe som har blitt populært i kommunikasjonen mellom lege og pasient. Blant informantene i denne oppgaven er det kun Marie som bruker selvsporing i samhandling med legen. Meier (2014) skriver videre at spillapplikasjoner også er mulig å bruke i behandling av pasienter. Mona bruker en app som heter *Ingress*, som lar henne kombinere fysisk aktivitet med trening. *Ingress* regnes som forkommeren til det mer kjente spillet fra samme produsent (Niantic) – *Pokémon Go*. I mediebildet har *Pokémon*-spillet fått mye oppmerksomhet, og det er kommet frem at flere brukere av spillet har gått ned i vekt. Det er ikke urealistisk at spill som dette kan brukes i forbindelse med behandling av for eksempel fedmepasienter. Meier (2014) hevder at den teknologiske utviklingen kan

føre til at legen får en mindre rolle i oppfølging av pasienter, ettersom mye av arbeidet blir overlagt til teknologiene.

5.1.5 Tilnærming til visuell mediekommunikasjon

Som vist ovenfor uttrykker informantene glede over å bruke ulike former for visuell mediekommunikasjon. Mens Vegard synes det er kjekt å dele resultater fra selvsporingsteknologier med venner, blir Marius motivert av at han kan vinne en tur til Frankrike, hvis han er den som trener mest på jobben. Vivian synes det er kjekt å følge med på hvor mye hun forbrenner når hun går på tur. Mens Marie bruker selvsporing i relasjon til sykdommen hennes. I tillegg bruker Marie en app for å følge med på graviditeten sin, og forteller at det er kjekt å få tips og råd fra denne tjenesten. Marie mener ikke at appene er tidskrevende og at de heller ikke går ut over hverdagen på en negativ måte: «Nei, altså nå bruker jeg egentlig bare apper som på en måte interesserer meg, altså ting som jeg likevel bruker tid på (...) for meg så er det mer en naturlig del av hverdagen, det blir som å gå på Facebook liksom»

Lupton (2013: 261-262) hevder at det er varierte holdninger knyttet til bruken av selvsporing. Som vist er det mange av informantene som trekker frem positive konsekvenser av å bruke selvsporingsteknologier. Men det er også eksempler på at selvsporing oppleves som uinteressant, tidskrevende eller lite brukervennlig.

Mens Mons og Marie bruker kostholdsapper for å vedlikeholde vekt, og i tilknytning til trening, synes derimot Marius at kaloritellerappen *Lifesum* var lite interessant. Som han sier, ble appen lastet ned, han testet den – for så å aldri bruke den igjen.

Både Vera og Viktor har også testet ut selvsporing. Viktor brukte en treningsapp i forbindelse med trening, men forteller at det de siste årene ikke har blitt tid til dette. Vera kjøpte inn skrittellere, men disse ble bare brukt noen få ganger, før de ble lagt i skuffen. Skrittellerne kjøpte hun i utgangspunktet inn for å trene sammen med hennes utviklingshemmede sønn, men det viste seg at produktet ikke var optimalt utformet til sønnens behov. Hun forteller at hun prøvde å feste den på skoene og klærne hans, men den bare falt av. Da det kollektive aspektet av bruken forsvant ved at hennes sønn ikke kunne bruke skrittellerne, mistet også Vera interessen. Lupton (2013: 261 -262) skriver at det primært er tre årsaker til at brukere tar avstand fra selvsporingsteknologier. Det kan skyldes manglende teknisk kompetanse, manglende interesse eller at det oppleves

som slitsomt å etterfølge de krav og det ansvaret om å vedlikeholde helsen som teknologien legger føringer for. At teknologiens føringer oppleves som slitsomt, gir Michelle uttrykk for at hun har opplevd. Michelle er den som uttrykker mest motstand mot selvsporingsteknologier. Hun lastet ned en treningsapp som til stadighet oppfordret henne om å trene. Hun omtaler det som lite koselig. I tillegg var det irriterende å få påminnelser om at hun burde bevege seg mer, mens hun var på jobb.

6 Medialiseringens implikasjoner

I 6.1 reflekteres det over oppgavens funn, og funnene blir diskutert opp mot problemstillingen: *Hvordan Internett som helseinformasjonsarena og selvsporingsteknologier påvirker kommunikasjonen mellom lege og pasient, og hvordan disse teknologiene kan bidra til en endring i forståelsen av helse.*

I 6.2 består av en avsluttende refleksjon, og forslag til videre forskning.

6.1 Helseinstitusjonen i endring

Den pågående medialiseringen av helseinstitusjonen, har som vist i denne oppgaven ført til omstillinger for både pasienter og leger. Majoriteten av informantene i oppgaven benytter seg av Internett for å søke om helseinformasjon, og til å få økt kunnskap om behandlingsmuligheter. Informantenes skildringer viser at internettsøkingen kan føre til både uro, betryggelse og økt handlingsrom. Informantene viser at de har et bevisst forhold til hvilke nettsider som har troverdig informasjon. Men selv om de er kritisk til kildene, hender det at de blir skremt av informasjonen de leser på nett. Noen av informantene har hatt forbigående frykt for sykdommer, mens én informant, Mona, har blitt så påvirket av informasjonen, at hun hevder Internett har fått henne til å tvile på om hun vil ha barn. Det er også flere informanter som trekker frem at informasjonen på Internett er betryggende, og at det er en lettvinnt måte å tilegne seg kunnskap. Både Vivian og Marie som begge har diabetes, opplever at de ved hjelp av medier får god hjelp og informasjon om sykdommen. De har til og med erfart at de har mer kunnskap enn legen på enkelte områder. Det er flere aspekt i oppgaven som indikerer at den tradisjonelle forståelsen av legen som den kunnskapsrike er i endring.

Samtlige av informantene benytter mediert kommunikasjon i relasjon med fastlegen. Selv om informantene bruker samme type teknologier, kommuniserer de med legekontoret på ulike måter, og bruker teknologiene til ulike formål. Analyse og drøfting av empirien har vist at god og tydelig kommunikasjon er helt essensielt i lege-pasient-relasjonen. Dersom kommunikasjonen mellom lege og pasient ikke er optimal, har informantene vist at de selv kan ta kontroll over situasjonen. Informantenes skildringer og erfaringer vedrørende sin egen helse, viser at pasienter kan være ressurssterke og kunnskapsrike. Men det har likevel kommet frem i oppgaven at legen fortsatt har en sentral og viktig rolle i lege-pasient-relasjonen. Flere av informantene har hatt feilaktige

mistanker om hvilken plage eller diagnose de har, og poengterer at de har fått god hjelp av legen. I tillegg er det legen som i siste instans må godta de behandlingstilbudene pasienten ønsker, og pasienter kan derfor ikke betraktes som fullstendig autonome.

I kapittel 5 kom det frem at samtlige av informantene har testet selvsporingsteknologier relatert til helse. Flere av dem bruker slike teknologier aktivt, både i forbindelse med trening, kosthold og sykdom. Biomedikaliseringsspektivet fremmer at det har blitt et økt fokus på helse i samfunnet, og at helse blir sett på som en konstant pågående prosess som må vedlikeholdes av den enkelte. At alle informantene i større eller mindre grad har kjennskap til helseapplikasjoner indikerer at Clarke (2003) har rett i at det er et stort fokus på helse i samfunnet. Det er også sannsynlig at bruken av visuell mediekommunikasjon har innvirkning på lege-pasient-relasjonen, da den enkelte tar mer ansvar selv for å vedlikeholde helsen. Det har imidlertid kommet frem at enkelte av informantene opplever teknologier i relasjon til helse som slitsomt eller tidskrevende. I oppgaven har det også blitt diskutert at det kanskje er noen motstrømmer mot det økte fokuset på helse i forbindelse med at Vegard forteller at han får negative reaksjoner når han deler treningsresultater i sosiale medier. Andre skildringer i oppgaven viser at det er uklare grenser mellom hvem som har ansvaret for ulike deler av helsevedlikeholdelsen i lege-pasient-relasjonen. Vivian uttrykker fortvilelse over at legen ikke presser henne mer til å trene, mens Vera er forvirret over hvem som har ansvaret for å passe på at digitale journaler blir oppdatert.

At Internett påvirker kommunikasjonen mellom pasienter og leger kommer eksplisitt frem i oppgaven. Hvorvidt Internett som helseinformasjonsarena og selvsporingsteknologier bidrar til en endring i forståelsen av helse, lar seg ikke enkelt besvares. Både medialisering, medikalisering og biomedikalisering er omfattende prosesser som utvikler seg asymmetrisk over lengre tid. Endringer i forståelsen og praktiseringen av helse er derfor noe som skjer langsomt og subtilt. Det er imidlertid indikasjoner på at det er et stort fokus på helse blant informantene, at de er aktive i å tilegne seg kunnskap, og at de ønsker å bidra i beslutningsprosesser vedrørende sin egen helse.

6.2 Avsluttende refleksjon

At pasienter har mulighet til å ta ansvar for sin egen helse, er utvilsomt en positiv konsekvens av digitale teknologier. Men denne utviklingen byr også på utfordringer, både for pasientene selv og for samfunnet som helhet. Samfunnet blir mer og mer medikalisert. Det kan til tider kan føles som det er flere som har en diagnose enn som ikke har det. Det økte fokuset på diagnoser, og pasienters økte kunnskap om helse som følge av medialisering – bidrar til et press på ressurser. I videre forskning hadde det vært interessant å undersøke hvordan ønsker og krav fra opplyste pasienter påvirker legens arbeid. I denne oppgaven har det vært lite fokus på det økonomiske aspektet i lege-pasient-relasjonen. Helsesektoren i Norge bærer preg av å være overbelastet. Det kunne derfor også vært interessant å betrakte lege-pasient-relasjonen fra et institusjonelt og økonomisk perspektiv.

7 Referanseliste

- Castells, M., & Haraway, D. (2007). *Cyberculture Theorists*. Great Britain: MPG Book Groups
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, vol. 68 (2), 161-194. Hentet 10. august 2016, fra <http://www.jstor.org/stable/1519765>
- Clarke, A. E., & Shim, J. (2010) Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine. I B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod & A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*. (1. utg. 3 – 20). New York, Springer-Verlag.
- Den norske legeforeningen. (2015) *Fastlegeordningen*. Hentet 7. august 2016, fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Policynotater-2014/Fastlegeordningen-22015/>
- Eide, H., & Eide, T. (1999). *Kommunikasjon i relasjoner*. (1. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Grønmo, S. (2011) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Heldal, Forde. (2008). Nettverkspasienten. I A. Tjora (Red.), *Den moderne pasienten*. (1.utg., s. 104 – 109). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hjarvard, S. (2008). En sosiologisk teori: Medialiseringen af kultur og samfund. I Hjarvard, S: *En verden af medier: Medialisering af politikk, sprog, religion og leg*. København: Samfundslitteratur.
- Kreftforeningen. (2016). *Slik kan vi få flere kvinner til å sjekke seg*. Hentet 12. september 2016, fra <https://kreftforeningen.no/aktuelt/siste-nyheter/kreftforeningen-slik-kan-vi-fa-flere-kvinner-til-a-sjekke-seg/>
- Krotz, F. (2009). Mediatization: A Concept With Which to Grasp Media and Societal Change. I L. Lundby (red.), *Mediatization. Concept, changes, consequences*. New York: Peter Lang.
- Krotz, F. (2014). *From a Social Worlds Perspective to the Analysis of Mediatized Worlds*. Kramp, L., Carpentier. N., Hepp, A., Trivundza, I. T., Nieminen, H., Kunelius, R., Olsson, T., Sundin, E., & R. Kilborn (Red.),: *Media Practice and Everyday Agency in Europe*. (s. 69 – 82). Bremen.
- Lian, O, S. (2008). Pasienten som kunde. I A. Tjora (Red.), *Den moderne pasienten* (1.utg., s. 57 – 74). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lian, O, S. (2012), Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi* (1.utg., s. 38 - 61). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lupton, D. (2006). The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory & Health Vol 11(3)*, 256–270, doi: 10.1057/sth.2013.10.
- Lupton, D. (2013). The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory & Health Vol 11(3)*, 256–270.
- Lupton, D. (2014a). Self-tracking Modes: Reflexive Self-Monitoring and Data Practices. Paper for the 'Imminent Citizenships: Personhood and Identity Politics in the Informatic Age' workshop. Canberra.

- Lupton, D. (2014b). Health promotion in the digital era: a critical commentary. *Health Promotion International*. doi:10.1093/heapro/dau091
- Meier, C, D. (2014). *Doctor-Patient Relationship in a Digitalised World*. I Kramp, L., Carpentier. N., Hepp, A., Trivundza, I. T., Nieminen, H., Kunelius, R., Olsson, T., Sundin, E., & R. Kilborn (Red.),: *Media Practice and Everyday Agency in Europe*. (s. 115 – 128). Bremen.
- Pescosolido, B, A. (2010) Taking "The Promise" Seriously: Medical Sociology's Role in Health, Illness, and Healing in a Time of Social Change. I B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod & A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*. (1. utg. 3 – 20). New York, Springer-Verlag.
- Silver, P, M. (2015) Patient Perspectives on Online Health Information and Communication With Doctors: A Qualitative Study of Patients 50 Years Old and Over. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1). doi: [10.2196/jmir.3588](https://doi.org/10.2196/jmir.3588)
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2.utgave). Oslo: Gyldendal.

8. Vedlegg

Vedlegg 1 Intervjuguide

Demografiske opplysninger

Fortell litt om deg selv
Alder, yrke, utdanning, familie

Fordypningsspørsmål

Bruk av internett

Fortell om ditt forhold til å søke om helseinformasjon på Internett
Hvordan blir du påvirket av helseinformasjon på nett?

Har du opplevd å bli redd av informasjonen du har funnet?

Har du opplevd å bli betrygget av informasjonen du har funnet?

Kildekritisk

Er det bestemte nettsider du bruker for å finne helserelatert informasjon, i så fall hvilke?
Hvorfor akkurat disse?

Hvilke kriterier har du for å kunne stole på informasjonen fra nett?

Helsegrupper

Bruker du Internett på andre måter i relasjon til helse, for eksempel bli med i forum, eller facebookgruppe?

Hvorfor ønsker du evt. å være med i en slik gruppe? Hvilke fordeler/ ulemper ser du?

Mobilapplikasjoner

Bruker du, og i så fall hvilke mobilapplikasjoner bruker du i forbindelse med helse, trening og livsstil, hvordan? hvorfor?

Hvis ja:

Hvorfor ønsker du å bruke akkurat disse applikasjonene?

Hvor ofte bruker du applikasjonen?

Hvilke positive erfaringer har du evt. med å bruke applikasjoner?

Hvilke negative erfaringer har du evt. med å bruke applikasjoner?

Hvordan påvirker applikasjonene hverdagen din? Beskriv en vanlig dag der du bruker apper, og når på dagen?

Blir du mer kunnskapsrik, bevisst, nervøs, opphengt?

Opplever du å få mer kunnskap om, og derav å forstå, (egen) helse/kropp/sykdom gjennom å bruke appen(e)? I tilfellet, ser du denne kunnskapen/økte forståelsen som noe positivt eller negativt?

Har du blitt oppfordret av legen til å ta i bruk applikasjoner eller bestemte hjelpemidler i relasjon til helsen din, i så fall, hvilke?

Tillit/ risiko

Stoler du på informasjonen eller resultatene appen(e) gir deg – hvorfor/hvorfor ikke?

På godt og vondt ... Mer eller mindre trygghet, kontroll eller frihet?

Hvis nei til bruk av mobilapplikasjoner:

Hva er eventuelt årsaken til at du ikke bruker applikasjoner eller andre teknologiske hjelpemidler?

Relasjon til fastlege

Hva påvirket deg til å velge akkurat den fastlegen du har i dag?

Hvordan gikk du frem for å bytte fastlege?

Visste du noe om fastlegen før du valgte henne, hvor fikk du i så fall denne informasjonen?

Hvilke deler av relasjonen til legen din foregår over Internett?

e-post/sms bestilling av time eller resept?

Bestiller du resepter over Internett?

Hvor lenge må du vente fra du bestiller legetime, til du får legetime? Opplever du at det har noe å si hvilken måte du bestiller timen, hva er i så fall forskjellen?

Legebesøk generelt

Har du i forkant av legebesøket hatt mistanker om hvilken plage du hadde, hvordan kom du i så fall frem til "selvdiagnostiseringen"?

Har dine tanker om plagene dine blitt avkreftet eller bekreftet av legen, hvordan opplevde du dette?

Hva forbinder du med en lege, hvilke egenskaper synes du er viktig å ha i denne rollen?

Mer og mer i samfunnet foregår over nett, hva hadde du tenkt om å mestre sykdommer uten å møte en lege ansikt til ansikt? Hva ville eventuelt vært utfordrende?

Avslutning

Har bruk av digitale teknologier (internett, mobilapplikasjoner) redusert antall legebesøk? Hva er i så fall årsaken til dette tror du?

Er det noen kommunikasjonsformer du savner - som burde vært mulig å bruke i forbindelse med din helse og relasjon til legen, i så fall hvilke?

Er det noe du vil legge til som ikke har blitt tatt opp?

Vedlegg 2

**NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet**

**Fakultet for samfunnsvitenskap og
teknologiledelse
Institutt for sosiologi og statsvitenskap**

Til deltakere i studien av hvordan digital teknologi brukes i tilknytning til helse

Masterstudent Malin Cecilie Eriksen
malin.cecilie.eriksen@gmail.com
Tlf: 913 86 727

Intervju om bruk av digital teknologi i forbindelse med egen helse og i relasjon til fastlegen

Mitt navn er Malin Eriksen og jeg tar en utdanning innen medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi. Dette semesteret skriver jeg masteroppgave, og håper at du ønsker å delta i undersøkelsen jeg gjennomfører i forbindelse med denne oppgaven.

I masteroppgaven skal jeg undersøke hvor vanlig det er å bruke Internett og mobilapplikasjoner til å følge med på sin egen helse, eller til å få mer kunnskap om helse generelt. Som følge av Internetts fremvekst har mange nå mulighet til å få informasjon om helse, og kunnskapsskilte mellom lege og pasient har derfor blitt mer utydelig. I tillegg kan noe av kontakten til fastlegen foregå elektronisk, som å bestille legetime på legekontorets nettside. Det vil derfor også være noen spørsmål knyttet til din relasjon til fastlegen.

Formålet med intervjuet er ikke å spørre om helsetilstanden din, det jeg er interessert i - er hvordan du innhenter informasjon, som for eksempel om du bruker Internett til å lese om helse relaterte tema. I tillegg blir det spørsmål om bruk av mobilapplikasjoner i forbindelse med trening og livsstil. Det er imidlertid like interessant å høre hvorfor du eventuelt ikke er opptatt av å bruke Internett som helseinformasjonskilde, eller om du ikke bruker andre digitale applikasjoner. Alle svar er gode svar!

Intervjuet vil ta cirka 45 minutt og det vil bli spilt inn på lydopptaker. Lydopptak er nødvendig for at dine svar blir gjengitt så presist som mulig. Intervjuet vil bli transkribert til skriftlig form. Materialet (opptak og transkripsjoner) vil bli behandlet konfidensielt, i den forstand at lydopptak oppbevares privat, og alle personopplysninger vil bli anonymisert før det brukes i den endelige analysen. Intervjuet blir slettet etter oppgaven er levert inn den 06.06.2016.

Undersøkelsen blir gjennomført i henhold til god forskningsetikk. Dette innebærer at deltakelse må være frivillig, at du når som helst kan velge å avbryte intervjuet, eller

velge å ikke svare på enkelte spørsmål. I tillegg er det som nevnt fokus på anonymisering, ingen personopplysninger vil bli brukt i masteroppgaven. Dersom det er ønskelig kan du få tilsendt masteroppgaven når den er ferdigstilt. Har du noen spørsmål i forbindelse med undersøkelsen må du gjerne ta kontakt med meg. Jeg håper du ønsker å stille opp som deltaker.

Med vennlig hilsen

Malin Cecilie Eriksen