2. utgave

Bjørn Hofmann

HVA ER SYKDOM?

GYLDENDAL
AKADEMISK

BJØRN HOFMANN

HVA ER SYKDOM?

GYLDENDAL
AKADEMISK

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2014
1. utgave 2008
2. utgave, 1. opplag 2014

ISBN 978-82-05-47447-5

Omslagsfoto: Masterfile/Scanpix
Omslagsdesign: Gyldendal Akademisk
Layout: Laboremus Prepress AS
Sats: Supernova
Brødtekst: Minion 10/14,5 pkt

Illustrasjoner: Eldbjørg Ribe, s. 10 og 180
Øvrige figurer: David Keeping

Alle henvendelser om boken kan rettes til
Gyldendal Akademisk
Postboks 6730 St. Olavs plass
0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Innhold

INNLEDNING 11
Litteratur 15

KAPITTEL 1 SYKDOMMERS VEKST OG FALL 16
Årsaker 19
Teorier 20
Symptomer og syndromer 21
Andre manifestasjoner 22
Avvik fra normalen 22
Når noe kan gjøres 24
Sosiale og kulturelle normer for sykdom 25
Subjektiv sykdom 26
Litteratur 27

KAPITTEL 2 ER SYKDOM EN TING? 29
Sykdom som et mønster av tegn og symptomer (et syndrom) 32
Sykdom som en fysisk enhet 35
Finnes det enkeltsykdommer? 36
Sykdom som forstyrret balanse 37
Solidarpatologi versus humoralpatologi 40
Sykdom som avvik 42
Litteratur 45

KAPITTEL 3 SYKDOM SOM AVVIK FRA EN NORM 48
Sykdom som funksjonsavvik 52
Underliggende metafysiske spørsmål 56
Litteratur 57

KAPITTEL 4 SYKDOM SOM GITT AV SIN ÅRSAK 58
Nødvendig og tilstrekkelig betingelse for sykdom 60
Nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for sykdom 62
Tilstrekkelige, men ikke nødvendige betingelser for sykdom 63
Sammensatte betingelser for sykdom 63
Probabilistisk sykdomsårsak 65
Kontrafaktiske forhold 67
Sykdom gitt av sin årsak? 68
Kunnskap om sykdom 69
Sykdom mellom ting og tanke 73
Litteratur 74

KAPITTEL 5 HVA HAR TILFELLER AV SYKDOM FELLES: BEGREPER? 77
Har tilfeller av sykdom noe til felles? 78
Hva har tilfeller av sykdom felles? 83
Begrepsrealisme 84
Konseptualisme: Sykdom som begrep 86
Litteratur 90

KAPITTEL 6 SYKDOM SOM BEGREP 92
Naturlige slag 93
Kriterier for klassifisering i naturlige slag (arter) 96
Reell og nominal essens 100
Nominal essens: Sykdom gitt av en beskrivelse 101
Familielikhet 104
Argumenter mot at sykdom er gitt av sin beskrivelse 109
Litteratur 112

KAPITTEL 7 SYKDOM SOM NEGATIV VERDI 114
Sykdommens verdier 117
Vurdering, vurderingsbeskrivelse og evaluering 122
Forholdet mellom fakta og verdier 125
Hva er verdier? 126
Litteratur 128

KAPITTEL 8 ULIKE PERSPEKTIVER PÅ SYKDOM 129
Å være syk, å ha en sykdom og sykerollen 134
Verdimessige utfordringer og ulike perspektiver på sykdom 137
Avslutning 141
Litteratur 142

KAPITTEL 9 SYKDOM SOM OPPLEVD FENOMEN 144
Språkfellesskapets kilder 146
Felles fenomener 147
Sykdom som krise 148
Sykdom som hjemløshet 150
Sykdom som forklaring 150
Tidsmessig avbrudd 151
Mestring 152
Avslutning 153
Litteratur 155

KAPITTEL 10 SYKDOM GJENNOM PRAKSIS:
TEKNOLOGI OG SYKDOM 158
Teknologisk sykdom 161
Teknologien frembringer de fenomener som definerer sykdom ... 162
Teknologiskapt kunnskap om sykdom 163
Teknologiens objektivering av sykdom 168
Teknologiens anvendelse skaper sykdom 169
Sykdom skapt av teknologi 173
Litteratur 175

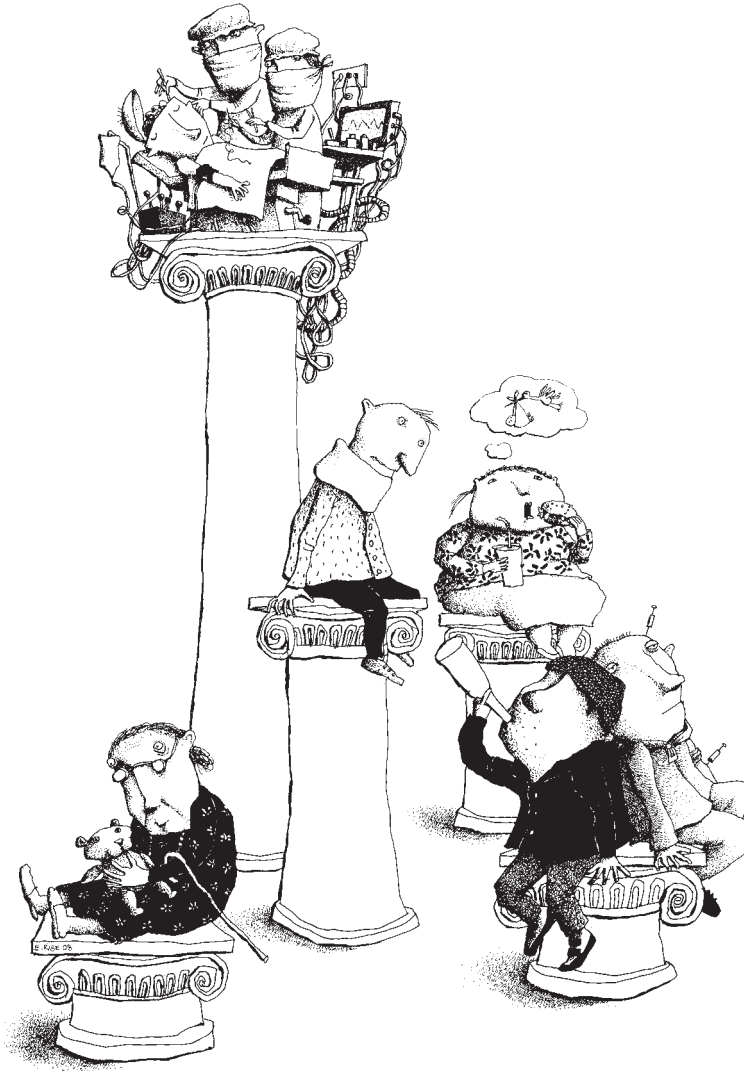
KAPITTEL 11 SYKDOM SOM NATUR ELLER SOM KULTUR 179
Hva betyr det at sykdom er sosialt konstruert? 181
Faren for relativisme 190
Realisme, antirealisme og sosial konstruktivisme 192
Litteratur 194

KAPITTEL 12 HELSE OG SYKDOM 197
1. Den ideelle modellen: Helse som fravær av sykdom 199
2. Den holistiske modellen: Helse som mer enn fravær av sykdom ... 199
3. Den medisinske modellen: Sykdom som mer enn fravær av helse .. 200
4. Den disjunktive modellen 200
Forskjeller mellom helse og sykdom 202
Litteratur 203

KAPITTEL 13 HVA ER SÅ SYKDOM?
EN OPPSUMMERING 205
Syk(domm)elig tingliggjøring 206
Sykdom gjennom kunnskap 207
Om å begripe sykdom 208
Sykdommens verdi 210
Subjektiv sykdom 212
Sykdom gjennom praksis 213
Sosialt konstruert sykdom 215
Ulike perspektiver, ulike begreper – og ulike ting? 216
Helsefagene utfordrer filosofien 217
Konklusjon 218
Litteratur 219

EPILOG 220

STIKKORD 223



Innledning

Er fedme, borreliose, bekkenløsning, selvskading, kronisk utmattelsessyndrom og ufrivillig barnløshet sykdom? Kvalifiserer sjøsyke eller fyllesjuke til sykemelding? Skal nakkesleng eller fibromyalgi gi rett til uføretrygd? Er en person som er nedbrutt og handlingslammet på grunn av ekstrem mediefokusering, syk? Er skallethet eller ulykkelighet helsefaglige anliggender? Hva med forelskelse? Den er kjennetegnet av hormonell ubalanse, betydelig redusert dømmekraft og til dels alvorlige og livsvarige følger. Er det sykdom? Det er enkelt å svare på slike spørsmål dersom vi vet hva sykdom er: Har man sykdom, har man rett til sykemelding, behandling og sykepenger; ingen sykdom – ingen rettigheter! Målsettingen med denne boken er nettopp å svare på dette tilsynelatende enkle spørsmålet: Hva er sykdom? Svaret har stor betydning for en rekke enkeltindivider, helsetilsatte og for samfunnet som helhet. Helsevesenet beslaglegger store deler av statsbudsjettet, sykefraværet påvirker landets økonomi, og sykdom er avgjørende for hvordan enkeltmennesker mestrer hverdagen og hvordan vi forstår oss selv. Sykdom berører altså alle nivå i det norske samfunn, og svaret på spørsmålet «hva er sykdom?» er av stor betydning både individuelt og samfunnsmessig.

Spørsmålet lyder enkelt, men er vanskelig å besvare. Helsepersonell har gjennom grundige studier lært mye om sykdommer, og i praksis besvares spørsmålet hver eneste dag: Med kunnskap, skjønn og treffsikkerhet diagnostiseres enkeltsykdommer som myokard iskemi og diabetes, men hva med fedme, el-allergi og kronisk utmatelsessyndrom?

For å svare på det tilsynelatende enkle spørsmålet, må vi besvare en rekke grunnleggende spørsmål:

- Hva gjør at noe oppfattes som sykdom?
- Må man *ha en sykdom* for å *være syk*?
- Hva skal til for at man kan *syk*meldes?
- Hvordan klassifiseres sykdommer?
- Hvilken rolle spiller undersøkelser og teknologiske tester for at noe defineres som sykdom?
- Hva er helsevesenets mål og hva betyr det at man har som mål å helbrede *sykdom*?
- Hva legitimerer helsefaglig aktivitet rettet mot sykdom, det vil si, hva er helsearbeiderens moralske grunnlag for å utøve sitt arbeid?
- Hvilke fenomener er det som inngår i sykdom?
- Hva utgjør og påvirker vår kunnskap av sykdom?
- Hva faller innenfor og hva faller utenfor helsevesenets domene?
- Hva styrer helsevesenets valg og bruk av midler?

Dersom vi hadde et klart og entydig svar på spørsmålet «hva er sykdom?» ville vi samtidig ha svar på disse viktige spørsmålene, og omvendt: dersom vi hadde svar på sentrale grunnleggende spørsmål, som de listet ovenfor, kan vi trolig svare på hva sykdom er.

Når spørsmålet om hva sykdom er, er så sentralt for helsefaglig aktivitet og så vanskelig å besvare, skyldes det at spørsmålet berører grunnleggende filosofiske problemstillinger: Hva er *det gode liv*, eller mer presist, hva er *det vonde liv*? Hva som er godt og vondt for mennesket kan vi ikke avgjøre bare ved å måle smerteimpulser i nervene eller biologiske forhold. Det handler også om hvordan vi ser på verden og oss selv, om hvordan vi lever våre liv sammen med andre. Helsefaglig[1] kunnskap er knyttet til handling: Vi vil vite for å hjelpe. Derfor utfordrer spørsmålet om hvorvidt «konisk utmattelsessyndrom» er en sykdom det helsefaglige kunnskapsgrunnlaget så vel som forståelsen av lidende menneskers identitet. Spørsmålet om hva sykdom er, er knyttet til spørsmålet om hva det er å være et kunnskapsrikt og handlende menneske.

Med unntak av kapittel 1, som gir en historisk oversikt over hvordan oppfatninger av sykdom har endret seg, vurderer hvert kapittel ett mulig svar på spørsmålet «hva er sykdom?». Kapittel 2 undersøker om sykdom er en ting på samme måte som andre ting vi forholder oss til. I kapittel 3 drøftes hvor-

1. Jeg bruker helsefag som en samlebetegnelse for alle fag som er involvert i det moderne helsevesen, medisin inkludert.

vidt sykdom er noe relativt, som avvik fra en norm. Om sykdom er gitt av kunnskap generelt, og av årsaker spesielt, undersøkes i kapittel 4. Kapittel 5 drøfter hvorvidt det finnes noe felles ved alle tilfeller av sykdom, og om det som er felles kan være noe språklig. Videre undersøkes om sykdom er gitt av begrepet 'sykdom' (kapittel 6), eller om sykdom er noe gitt av våre verdier (kapittel 7). Deretter vurderes om betegnelsen «sykdom» kan ha ulike betydninger avhengig av hvilket perspektiv vi har; pasientens, samfunnets eller helsepersonellets perspektiv (kapittel 8). Kapittel 9 undersøker hvilken betydning menneskers opplevelser har for hva vi oppfatter som sykdom, mens kapittel 10 drøfter i hvilken grad våre handlinger avgjør sykdom: Er sykdom gitt av vår praksis, for eksempel gjennom den teknologien vi bruker? Så vurderes om sykdom er gitt av naturen eller av kulturen (kapittel 11). Forholdet mellom helse og sykdom drøftes i kapittel 12. Boken oppsummeres og avsluttes i kapittel 13.

Hovedpoenget er at spørsmålet «hva er sykdom?» reiser en rekke grunnleggende problemstillinger, som ikke har enkle løsninger. Det er viktig at vi erkjenner og forholder oss til slike problemstillinger, ellers kan vi på tross av de edleste motiver, gjøre stor skade. Hvordan vi oppfatter sykdom har betydning for en lang rekke enkeltindivider, for vår helsefaglige selvforståelse og for samfunnet som sådan. Ensidige tilnærminger til sykdom begrenser hvordan vi kan hjelpe mennesker. Sykdom synes å være noe fundamentalt menneskelig. De fleste erfarer sykdom, enten selv eller hos sine nærmeste. Å forstå denne opplevelsen er like viktig som å forstå de molekylærbiologiske aspektene. Å se det syke mennesket som en levd lidende kropp i en sosial og kulturell kontekst kan være like betydningsfullt som å se virus, basesekvenser og prioner. Fordi helsefaglig kunnskap og helsefaglig aktivitet er formålsorientert, har den en retning: Den er orientert ut fra og mot målsettingen om å hjelpe enkeltmennesker i uønskede situasjoner. I dette ligger det et møte mellom fakta og verdier, mellom er og bør. Følsomhet og forståelse for dette er viktig for å unngå overgrep (ved faglig forkledning av moralske spørsmål) og *hubris* (ved å løse moralske problemstillinger ved hjelp av faglige grep). Samtidig kan en bredere forståelse av sykdom hjelpe oss å forstå hvorfor helsevesenet anklages for både å gjøre for mye og for lite: Vi beskyldes for å sykeliggjøre og medikalisere samtidig som vi anklages for å gjøre for lite for mennesker som lider, men der vi ikke finner noen sykdom.

Boken søker derved med utgangspunkt i spørsmålet «hva er sykdom?» å vise hvor relevant filosofien er for forståelse og utøvelse av helsefag.

Filosofien kan ikke gi oss svarene, men bidra til å klargjøre hva som ligger i spørsmålet «hva er sykdom?», hva som står på spill og hva vi bør ta hensyn til når vi skal finne et svar. Forfatteren av den hippokratiske teksten *Decorum* sier at «en helseprofesjonell som elsker visdom kan sammenlignes med en gud». På samme måte som spørsmålet om hva sykdom er, handlet om langt mer enn de rette remediene og de korrekte prosedyrene for antikkens helsearbeider (*iatros*), berører det i dag langt mer enn innholdet i klassifikasjonssystemer for sykdommer (ICPC, ICD, DSM).[2] Filosofien kan hjelpe oss i vår refleksjon og gjøre oss til bedre helsearbeidere.

Likeså viktig som filosofien er for helsefagene, er helsefagene for filosofien. Helt siden antikken har helsefag vært målestokken for filosofisk virksomhet. Den filosofi som ikke hadde en helende virkning på mennesket var meningsløs. Også i dag redder helsefagene filosofien fra å fortape seg i verdensfjern abstraksjon. Utøvelsen av helsefag krever at vi er til stede i og tar stilling til menneskers lidelse: Den krever svar og konkret handling, og utfordrer derved tomme teoretiske tankekonstruksjoner.

Det er skrevet andre gode lærebøker i medisinsk filosofi, blant andre Henrik Wulffs bok på dansk, *Medicinsk filosofi*, og Ingvar Johanssons og Niels Lynöes svenske bok *Medicin og filosofi – en introduktion*. Der disse bøkene er brede og bygd på tradisjonelle vitenskapsteoretiske emner, er denne boken konsentrert rundt ett sentralt helsefaglig spørsmål; «hva er sykdom?». Den bruker sentrale filosofiske emner og begreper i bestrebelsen på å finne svar. Med det samles en rekke temaer som ellers er blitt behandlet fragmentert i andre bøker.

Boken tar helsefagenes egenart på alvor. Sykdomsbegrepet står sentralt i fordelingen av velferdsgoder, i profesjonskamper, og det er en indikator på hvilket samfunn vi har. Hvordan vi forstår sykdom påvirker hvordan vi møter mennesker og pasienter. Ensidige tilnærminger til sykdom, enten det er objektivering og tingliggjøring eller subjektivering og inderliggjøring, medfører begrensninger for hvordan vi kan hjelpe mennesker.

---

2. International Classification of Primary Care (ICPC) utgis av World Organisation for Family Doctors (WONCA) og er rettet mot førstelinjetjenesten, International Classification of Disease and Health Related Problems (ICD), utgis av WHO og er rettet mot spesialisthelsetjenesten, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) utgis av Amarican Psychiatric Association. I tillegg finnes International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF) som også utgis av WHO.

Boken er skrevet for helsepersonell og andre interesserte. Den er spesielt tilrettelagt for medisinerstudenter og master- og doktorgradsstudenter innen ulike helsefag. Gjennom å problematisere sannhetsgehalten i og eiendomsretten til sykdomsbegrepet håper jeg å stimulere til refleksjon og skape debatt.

Lillehammer, 3. mars 2014

Bjørn Hofmann

Litteratur

Bradley GW 1993, *Disease, Diagnosis and Decisions*. Chichester: John Wiley & Sons.

Brülde B, Tengland P-A 2003, *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund:Studentlitteratur.

Currer C, Stacey M 1993, *Concepts of health, illness, and disease: a comparative perspective*. Oxford: Berg.

Frich JC, Hofmann B 2009. Behov - sykdom uten grenser?. I: *Penger og verdier i helsetjenesten*. Gyldendal Akademisk: 54-67

Gannik DE 2005, *Sygdomsteori: et situationelt perspektiv*. Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Hippocrates 1923. Decorum, XVI. I: Jones WH. *Hippocrates with an English translation*. Vol II. London: William Heinemann.

Hofmann B 2011. Hva er sykdom. I Stein Ørn, Jonny Mjell og Edvin Bach-Gansmo (red.) *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk: 35-42.

Hudson RP 1983, *Disease and Its Control*. London: Greenwood Press.

Jensen UJ 1983, *Sygdomsbegreber i praksis: det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*. København: Munksgaard.

Lie RK 2011 *Filosofi og helseforskning*. Bergen: Alvheim & Eide.

Lush B (red.) 1961. *Concepts of Medicine: a collection of essays on aspects of medicine*. Oxford, Pergamon Press.

Nordenfelt L 1977, *Sjukdom – en filosofisk fråga*. Stockholm: Filosofiskainstitutionen.

Nussbaum M 1994, *The Therapy of Desire*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Rothschuh KE 1975, *Was ist Krankheit? Escheinung, Erklärung, Sinngebung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Svenaeus F 2003, *Sjukdomens mening*. Stockholm: Natur och Kultur.

KAPITTEL 1

Sykdommers vekst og fall

For å fange noe av bakgrunnen for spørsmålet «hva er sykdom», og for å belyse bredden i problemstillinger som det rommer, skal vi foreta en historisk reise i sykdommers verden.

Historisk sett har vi (nesten) klart å utrydde enkelte sykdommer, som kopper, polio og tyfoidfeber. Dette hører med til helsefagenes triumf. På den annen side dukker det stadig opp nye sykdommer, som BSE og nye virussykdommer. Disse gir oss store utfordringer med hensyn på diagnostikk, behandling og pleie, som gjør triumferende langtidshvile på laurbær lite aktuelt.

Enkeltsykdommer som utryddes og nye som oppdages, er langt fra de eneste forhold som bidrar til å endre våre oppfatninger av sykdom. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvilke faktorer som gjør at sykdommer blir til og endrer seg. For å besvare spørsmålet «hva er sykdom?» er det viktig å vite hvordan våre oppfatninger av sykdom har utviklet seg til det de er i dag.

I 1763 publiserte Sauvages, eller François Bossier de Lacroix, som han egentlig het, et verk kalt «Nosologica methodica», den metodiske sykdomslære. Her systematiserte og klassifiserte han alle tidens kjente sykdommer. Med stort og smått var det 2400 sykdommer. I 1992 kom WHO med sin siste internasjonale sykdomsklassifikasjon, den såkalte ICD-10. Denne inneholder over 17 000 sykdomsenheter og ca. 42 000 sykdomskoder.

Hva har skjedd i mellomtiden? Hvordan er det mulig at vi plutselig har fått en eksplosjon av antall sykdommer over en historisk sett kort periode? Er det ikke slik at vi har blitt friskere og lever lenger enn før? Hvordan kan

vi da få stadig flere sykdommer? Skyldes dette at vi har blitt flinkere til å skille mellom ulike tilstander og på den måten har fått flere sykdommer?

La oss starte med et eksempel: sukkersyke. Betegnelsen «diabetes» stammer fra jonisk gresk og betyr «å renne gjennom en sil». Den ble brukt på tilstander med stor økning i mengden urin, som hadde en søtlig smak. Den greske legen Aretaeus fra Kappadokia (81–138), som virket i Roma og Alexandria, beskriver i det andre århundret før vår tidsregning diabetes på følgende måte: «Diabetes er en underlig affeksjon, som ikke er særlig vanlig blant mennesker, og som smelter kjøtt og ben til urin. Pasientene slutter aldri å late vannet, men strømmen er ustoppelig, som om alle akvedukter er åpne. Livet er kort, avskyelig og smertefullt; tørsten er ustoppelig; overdreven drikking fører til mer vannlating, som ikke står i forhold til de store mengder urin; man kan ikke få dem til å stoppe, verken fra å drikke eller fra å late vannet. Dersom de for en kort stund slutter å drikke, blir munnen vannløs og kroppen tørr; innvollene blir som uttørket; personene blir kvalme, rastløse og får en brennende tørst, og innen det er gått lenge, utånder de.»

Aretaeus karakteriserte diabetes ved pasientenes symptomer; tørst og store mengder urin. Han skilte også mellom tilstander der sykdommen oppsto av seg selv og der den oppsto av andre sykdommer i nyrer og blære.

I det tolvte århundre hadde man begynt å analysere urinens innhold for å stille diagnoser. Johannes Zacharias Actuarius innførte rundt 1350 såkalt uroskopi for å karakterisere diabetes. Hans uroskop bestod av et gradert glass for å undersøke skum, utfelling og sedimenter i urinen. Det ga ham en måte til å skille mellom personer med og uten sukkersyke.

På 1500-tallet influerte interessen for alkymi og kjemi oppfatningen av sykdom. Paracelsus kokte urin og separerte et hvitt pulver, som han mente var salt. Det fikk ham til å hevde at diabetes var en endring i blodet, der saltet forårsaket tørst i nyrene. Nyrenes tørst førte til den overdrevne vannlatingen.

To portugisiske leger, Amatus og Zacutus Lusitanus, som levde og virket på begynnelsen av 1600-tallet, mente at diabetes skyldtes overdrevne mengder av mat, alkohol og sex, og derfor var en sykdom i magen. På 1600-tallet fikk også den søtlige smaken til urin fornyet oppmerksomhet. Den britiske legen Thomas Willis skilte mellom diabetes karakterisert ved både overdreven vannlating og sukker i urinen, som senere ble kalt diabetes

mellitus (av honning), og diabetes karakterisert ved overdreven vannlating alene, som ble kalt diabetes insipidus. Betydningen av urinens søtlighet ble ytterligere understreket av Francis Home og Johann Peter Frank, som i løpet av 1780–90 introduserte en test for sykdommen der man brukte gjær for å påvise sukkerinnholdet i urinen.

På 1800-tallet skjedde det mye som endret forståelsen av sukkersyke. Diabetes ble periodevis oppfattet som en sykdom i nyrene, blæren, blodet, leveren og nervesystemet. For eksempel mente den berømte franske legen Claude Bernard at diabetes måtte være en sykdom i leveren, fordi det var her han fant at druesukkeret ble lagret i kroppen. Dersom kroppen ikke klarte å holde på sukkeret, måtte det være leveren som var syk.

Etter hvert kom man frem til at sukkersyke måtte være en sykdom i bukspyttkjertelen. I 1889 viste Minowski og von Mering at en hund fikk diabetes da de fjernet bukspyttkjertelen. Dermed mente de at det var bevist at diabetes måtte være en sykdom knyttet til denne.

Den rivende utviklingen i laboratoriemedisinen som fulgte, resulterte i detaljerte studier av cellene i bukspyttkjertelen, der man blant annet lokaliserte sykdommen i et område som ble kalt de langerhanske øyer. I 1838 hadde Bouchardat og Peligot ved hjelp av en gjæringstest bekreftet at det var druesukker som ble skilt ut i urinen, og William Pavy (1829–1911) utviklet så en test som muliggjorde kvantitative analyser av sukker. Dette etablerte en sammenheng mellom høyt sukkerinnhold i urinen og i blodet, noe som gjorde det mulig å identifisere diabetes og klassifisere ulike stadier av sykdommen.

Da man nå mente at diabetes var lokalisert i de langerhanske øyer i bukspyttkjertelen, prøvde man å trekke ut ekskret fra slike celler, fra dyr og mennesker. Deretter injiserte man ekskretet i syke personer for å se om de ble bedre.

Det var først i 1921 at Frederick Gant Banting og Charles Herbert Best lyktes med dette. De hadde dermed funnet et av hormonene som styrer omdanningen av sukker i kroppen: «insulin». For dette fikk Banting Nobelprisen i medisin i 1923, og slik ble diabetes til en sykdom som skyldes hormonforstyrrelse.

I dag oppfattes diabetes type 1 som en autoimmun destruksjon av de insulinproduserende cellene i de langerhanske øyer i bukspyttkjertelen. Årsakene til dette er ukjent, men skyldes trolig en kombinasjon av genetiske faktorer, samt utløsende miljømessige forhold, som virusinfeksjon, belastninger i omgivelsene eller lignende.

Hva kan vi lære av denne historien? Vi kan lære at oppfatningen av sykdom så vel som enkeltsykdommer endrer seg over tid. Men betyr ikke dette bare at man tidligere har hatt for liten kunnskap og dårlige metoder til å karakterisere, undersøke og behandle denne alvorlige sykdommen, mens vi i dag har kommet langt nærmere sannheten? Kanskje er det slik, men vi står igjen med mange ubesvarte spørsmål: Er det ikke sannsynlig at man i fremtiden vil stille seg like undrende til vår oppfatning av diabetes som vi stiller oss til Paracelsus' salt-teori? For noen år tilbake mente man at mavesår var en sykdom som i stor utstrekning var forårsaket av stress, krydret mat og for mye syre i magen mens man i dag oppfatter det som infeksjonssykdom forårsaket av en bakterie med navn Helicobacter pylori. I DSM-IV var Aspergers syndrom en egen sykdomsenhet. Det er den ikke i DSM-V. Sykdommer kommer og sykdommer går.

Årsaker

En viktig ting som vi kan lære av eksemplet med diabetes, er at årsaker er helt sentrale for vår forståelse av sykdommer. Da man mente at diabetes skyldtes salt i blodet, ble det oppfattet som en nyresykdom. Da man oppdaget at leveren ikke lenger lagret sukker slik den skulle, ble det oppfattet som en sykdom i leveren. Tilsvarende førte oppdagelsen av insulin til at diabetes ble en svikt i visse celler i bukspyttkjertelen. Det som tidligere hadde blitt oppfattet som selve sykdommen, svikten i lagring av sukker i leveren, ble nå bare et *resultat* av sykdommen: manglende insulinproduksjon. Når vi finner nye årsaker, er dette med på å endre eller skape sykdommer. Da vi oppdaget hepatitt A-viruset, ble «gulsott» til «hepatitt A». Årsaker er derfor i stor grad bestemmende for sykdommer, og læren om årsaker, etiologien, står helt sentralt i medisinen.

Teorier

Årsaker er ofte knyttet til teorier. Dagens oppfatning av diabetes er forbundet med teorier om hormoner og hormonenes evne til å styre kroppens forbrenning. Slik er teorier ofte svært virksomme i forhold til å forstå, definere og klassifisere sykdommer. Fra antikken og helt frem til for bare to hundre år siden var væsketeorien (humoralpatologien) dominerende i medisinen. Man mente at sykdommer skyldtes en forstyrrelse i kroppens væsker: Blod, slim, gul og sort galle. Typen av ubalanse fortalte noe om personens tilstand, diagnose, og om sykdommens videre forløp, prognose.

Da bakteriene ble oppdaget på 1800-tallet, dannet det et helt nytt grunnlag for forståelsen av sykdom, og en rekke nye sykdommer ble identifisert. Det er litt underlig å tenke på at før oppdagelsen av bakteriene ble kreft og tuberkulose oppfattet som samme sykdom. Først da det var mulig å identifisere tuberkelbasillene og studere cellenes form i mikroskopet, ble det som tidligere ble oppfattet som én sykdom, til to vesensforskjellige sykdommer.

Tilsvarende har man hatt stor forventning til at genetikken vil kunne gi oss en banebrytende forståelse av sykdom. Ganske riktig har man ved hjelp av molekylærbiologi funnet nye årsaksfaktorer, differensiert eksisterende sykdommer og utviklet nye. For eksempel har Downs syndrom, som tidligere ble karakterisert av ytre kjennetegn, blitt definert av at kromosom nummer 21 forekommer i tredobbelt utgave, slik at personen har 47 kromosomer i stedet for som normalt 46. Analyser av arvematerialet har også gjort det mulig å skille mellom ulike typer av Downs syndrom.

Kunnskap om sykdomsmekanismer, om årsaker og ulike teorier bidrar til at eksisterende sykdommer endres eller blir borte, og nye sykdommer unnfanges. Men hva hvis det er mange sammensatte årsaker til en sykdom? Tuberkulose påvirkes både av genetiske og ernæringsmessige forhold. Dessuten er det ikke sikkert at man utvikler symptomer selv om årsaken er til stede. Ikke alle som har hepatitt A-viruset, får symptomer. Har de da hepatitt A, eller har de det ikke? Hvordan skal vi forstå situasjoner der samme årsak har mange effekter? Herpesviruset varicella zoster kan gi både vannkopper og helvetesild. Tilsvarende kan vi spørre: Hva med sykdommer der årsaken er ukjent? Dem er det fortsatt svært mange av.

Dette betyr at kunnskap om årsak ikke er en nødvendig betingelse for sykdom, men at den kan være tilstrekkelig. Hva gjør vi så dersom vi man-