

Den digitale pasient

AV AKSEL TJORA

I en tid da stadig mer av helsetjenestene på ulike måter baseres på bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi har det ofte vært snakk om en ny type pasient. I denne artikkelen anvender jeg begrepet digital pasient for å reflektere omkring denne utviklingen. På ordet digital har å gjøre med representasjon av en eller annen størrelse ved hjelp av diskrete signaler som tall, som regel i binær form. I denne sammenheng kan man derfor snakke om den digitale pasienten der pasienten, hans sykdomsparametre eller endog hans ytringer, representeres digitalt. Dette gir rom for at den digitale pasienten kan framstå i ulike former og fasonger. I denne artikkelen vil jeg definere fire ulike typer digital pasient, (1) den digitalt oppkoblede pasient, (2) den digitalt dannede pasient, (3) den digitaliserte pasient og (4) den digitalt overvåkede pasient.

De to første pasienttypene er aktive varianter av den digitale pasienten, eller det vi kan kalle digitalt kompetente pasienter. Det er nærliggende å knytte den digitalt kompetente pasient til det som etter hvert har kommet til å gå under begrepene «digital kompetanse» og «digital dannelse». I Utdannings- og forskningsdepartementets utredning «I første rekke» (UFD, 2003) defineres «digital kompetanse» som en basiskompetanse på linje med lesing og skriving, og det knyttes både et dannelses- og ferdighetsaspekt til begrepet digital kompetanse.

Når det gjelder «digital dannelse», kan man knytte dette til et overordnet tanke sett som ikke har å gjøre med anvendelse av bestemte typer IKT, slik som digital kompetanse har, men som

også er knyttet til individets forhold til det kollektive, eller samfunnet, noe som ikke nødvendigvis er knyttet til praktiske kunnskaper. «Digital dannelse» kan dermed knyttes til individets evne til å se egen meningsproduksjon i relasjon til omgivelsene, både lokalt og globalt (Hoem, 2003). En slik forståelse kan lett knyttes til målsetningen om at hver enkelt av oss skal se på læring som selvutvikling og dermed videreutdanne oss hele livet, samtidig som vi deltar aktivt som meningsprodusent i kunnskapsamfunnet.

Overført til helsevesen og medisin og temaet her, den digitale pasienten, er det nærliggende å knytte den digitalt kompetente pasient til en aktiv pasient som har erfaringer og kunnskaper med bruk av IKT for helserela-

te formål. Kanskje kan vi heller bruke betegnelsen den digitalt oppkoblede pasient, som oppfatter seg selv som koplet opp til helserelaterte tjenester via IKT. Vi kan følge argumentasjonen fra utdanningssektoren videre og si at den digitalt dannede pasient ser sin egen helserelaterte meningsproduksjon i forhold til kunnskapsområder innenfor medisin, i tillegg til å være kompetent til å kommunisere ved hjelp av IKT. Den digitalt dannede pasienten er, i motsetning til den digitalt oppkoblede pasienten, i stand til å reflektere over egen rolle i forhold til helserelaterte IKT-ressurser, for eksempel i forhold til problemområdene avhengighet, kontroll og overvåking.

Den digitalt oppkoblede pasient

Skillet mellom den digitalt oppkoblede og den digitalt dannede pasient er nærliggende å relatere til debatten om medikalisering av samfunnet. Den digitalt oppkoblede pasient står i fare for å bli medikalisert ved et avhengighetsforhold til det medisinske domenet. Den digitalt dannede pasient vil ha større personlige ressurser til å opprettholde en egen kritisk selvstendighet i for-

hold til helserelaterte ressurser. La oss se litt på medikaliseringdebatten.

Innenfor samfunnsvitenskapelige studier av medisin og helsevesen har den såkalte medikaliseringshypotesen fått en vesentlig plass. I Norge begynte utviklingen av dette perspektivet allerede på begynnelsen av 1970-tallet, med tekstene til sosiologen Yngvar Løchen. Ikke minst i boka *Behandlings-samfunnet* (Løchen, 1971) pekte han på hvordan behandlingsperspektivet grep mer og mer om seg. Han hevdet at «behandling blir en ofte benyttet reaksjon overfor det som er annerledes og som tidligere ikke ble regnet som sykdom» (1971). Medisinske begrep og forestillinger anvendes på mange typer av fenomen som tidligere ikke lå under medisinen. Ifølge Løchen er denne utviklingen både positiv og negativ. Den er positiv fordi tilstander som tidligere ble holdt for syndige blir bedre forstått og skjøvet ut av et snevert moralsk område. Befolkningen kan tryggere under bedre kår, produksjonslivet svikter ikke på grunn av sykdom og epidemier, flere finner fornuftig arbeid i helsesektoren, og erkjennelsen om sykdomsprosesser og mennes-

AKSEL TJORA



Aksel Tjora er førsteamanuensis i sosiologi ved NTNU, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, samt Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP). Han har en doktorgrad i sosiologi fra NTNU (1997) med en studie av teknologi og praksis i AMK-sentraler og er også sivilingeniør fra NTH (data/ind.øk 1991). Tjora driver hovedsakelig med forskning om forholdet mellom organisering og anvendelse av IKT, spesielt innenfor helsesektoren. Særlig er han opptatt av hvordan arbeidsprosesser formes både teknisk og sosialt, og hvordan denne flersidigheten legger føringer for organisasjonenes utvikling.

kelige problemer vokser (Løchen, 1971:11). Men i utviklingen av behandlingssamfunnet ligger det en fare for at samfunnsproblemer i for høy grad blir individualisert. Videre er det ifølge Løchen mulig at sykdomsforklaringer og andre medisinske begrep benyttes på måter hvor det primære behovet for samfunnet egentlig har vært krav om sosial kontroll og økt konformitet. Menneskelige problemer av moralsk eller politisk karakter kan bli forkledd i medisinske begreper (Szasz, 1971). Medisinen kommer da inn som erstatning for andre mulige autoritære og restriktive tiltak, for eksempel innenfor rusmiddelbruk og ungdomskriminalitet.

Senere er denne observasjonen betegnet med begrepet medikalisering (Zola, 1972) og hatt stor betydning innenfor den medisinske sosiologien. Hovedpoenget bak teorien eller hypotesen om medikalisering er at medisinen brer om seg i samfunnet og får betydning i mange deler av menneskenes eksistens og ikke bare den medisinske, eller den som har med helse å gjøre.

Medisinere omtaler medikalisering i forbindelse med storstilte screeninger, hvor friske mennesker blir klienter av helsevesenet «for sikkerhets skyld» og i forbindelse med behandling av friske mennesker i risikogrupper (Carlsen & Hetlevik, 2001; Fitzpatrick, 2001). Studier av screeningsprosjekter viser at svært få reelle sykdomstilfeller oppdages i forhold til hvor mange undersøkelser som foretas (Zahl, 2003) og at den medisinske nytteverdien av organisert screening er diskutabel. Undersøkelsene fører til unødig spredning av mye frykt, ved at friske mennesker innkalles til gjentatt prøve fordi det er tvil om resultatet. Medikalisering i forbindelse med screening kan nærmest betraktes som en tallmessig effekt på grunn av usikkerhet knyttet til evalueringen av prøvene som tas.

Også den økte fokuseringen på risiko fører til at stadig flere

friske pasienter tilbys medisinsk behandling (tidlig intervensjon) fordi de tilhører en risikogruppe. Dette bidrar til en overdiagnostisering og overbehandling, og en sykeliggjøring av befolkningen (Skolbekken, 1996), også i seg selv et uttrykk for en medikalisering

I forhold til den digitalt oppkoblede pasienten er dette medikaliseringsproblemet knyttet til avhengighet for eksempel av helseinformasjon på Internett. I en framtidig ekstremvariant kan man tenke seg at bruk av sensortechnologier og internettbaserte løsninger kan legge grunnlaget for pasientgrupper eller rettere sagt brukergrupper, som mer eller mindre sjekker helsen sin (eller får helsen sin sjekket) ved hjelp av distribuerte løsninger før de foretar seg særlig mye. Som påpekt av medisineren Olav Helge Førde, kan man i verste fall tenke seg at man kommer i en situasjon hvor man får helsen sin sjekket for å vurdere om det er verdt å stå opp: En urealistisk dystopi? Kanskje, men det er allerede teknisk mulig.

Den digitalt dannede pasient

Ved å betrakte den andre typen aktive pasient, den digitalt dannede pasienten, vil vi kanskje kunne nyansere synet på IKT som mulig kilde til medikalisering. De britiske sosiologene Williams og Calnan har stilt spørsmål ved medikaliseringshypotesen (Williams & Calnan, 1996). De hevder at befolkningen i «senmoderniteten», det vil si i vår tid, har en større refleksivitet, bedre forståelse av risiko, samt bedre kunnskap om helse og at vi derfor i mindre grad er passive og avhengige brukere av medisinske ressurser. Disse sosiologene hevder videre at en kritisk distanse er i ferd med å vokse fram mellom befolkningen og moderne medisin. Begrepet demedikalisering er dermed introdusert for å betegne en større likeverdighet i lege-pasientrelasjonen, med bedre informerte pasienter og flere komplementære helsetilbud (Lowenberg &



Davis, 1994). Empirien bak demedikaliseringargumentet hentes blant annet fra studier som viser folks økte tilgang på medisinsk informasjon, for eksempel ved at medisinske tidsskrifter finnes tilgjengelig på Internett. Hypotesen er at en form for demokratisert spredning av medisinsk informasjon representerer en redusert posisjon for det medisinske fagfeltet. Den digitalt dannede pasienten er nettopp den pasienten som for eksempel evner å se sammenheng mellom ulike medisinske kilder på Internett, og som i noen grad kan vurdere deres troverdighet og relevans for egne helserelaterte opplevelser.

Men situasjonen er likevel ikke enkel. Det kan kanskje være vel så relevant å se på dette fenomenet som en mulig dypere form for medikalisering (Lian, 2003; Lupton, 1998). Dette kan da forstås ved at det medisinske fagfeltet, med dets begreper og litteratur, ikke bare blir tilgjengelig og relevant, men nødvendig,

i ikke-medisineres diskusjon eller håndtering av helse spørsmål. Demedikalisering kan derfor paradoksalt nok forstås som det kliniske blikkets inntrengning i vanlige folks hverdagsliv, deres følelser, deres vennskapskrets, i hvordan de takler stress og velger en livsstil (Lupton, 1998:107). Begrepsbruk og metoder fra skolemedisinen tas i bruk og blir nødvendig også i andre deler av samfunnet. Screening av friske mennesker er, som nevnt, en lett identifiserbar form for slik invasjon fra medisinen og inn i disse feltene. Men en mer fundamental invasjon er den som skjer i form av at medisinsk terminologi og tankegang, og medisinske kvantitative helsemål, får en plass i folks private vurdering og håndtering av sykdom. For eksempel kan medisinen (antatt) objektive og kvantifiserbare sykdomsforståelse (det man på engelsk kaller «disease») få større plass på bekostning av den folkelige subjektive forståelse av sykdom (på engelsk «illness»). Dette kan for

eksempel skje ved at legene får større monopol når det gjelder å uttale seg om helse i media, samtidig som begrepet helse blir stadig mer omfattende. Antakelsen bak helsekampanjer er at kunnskap er et nøytralt og objektivt gode, at jo mer kunnskap man har, jo bedre er man i stand til, ved rasjonell adferd, å unngå sykdom (Lupton, 1995). Men kunnskap er også nært knyttet til spesielle teknologier og metoder, blant annet ved hvordan kunnskap legges til grunn for teknologiutvikling og

anvendelse av tekniske artefakter. I neste omgang er det også bare noen former for informasjon man genererer ved bruk av tekniske innretninger (slik som for eksempel diagnostisk apparatur). Medisinsk informasjon som ligger tilgjengelig på Internett i form av tekst vil derfor kunne bidra til innbilt opplyste pasienter, det vil si pasienter som oppfatter seg om velinformerte, men som bare har et begrenset tilfang av informasjon eller kun én type informasjon, av flere relevante.

Dermed får vi et velkjent problem – nemlig at pasientene fortsatt er avhengige av profesjonell hjelp for å komme videre, ikke nødvendigvis fordi de er syke, men fordi de kan anta at de er det, på bakgrunn av informasjon de selv har skaffet seg og tatt stilling til. Det blir ikke lenger bare de innbilt syke som blir en arbeidsbelastning for helsevesenet, men også de innbilt opplyste. Skillet mellom de digitalt oppkoblede og digitalt dannede pasientene blir derfor relativt flytende.

Men en mulig klargjøring mellom disse kan vi kanskje opprette ved å studere det som skjer mellom digitale pasienter.

Mellom de digitale pasienter

For et par år siden gjorde vi (Tjora & Tangen, i trykk) en undersøkelse om brukererfaringer med internettbaserte helse-tjenester, eller nettleger, slik som eksempelvis «doktoronline». Vi hadde ventet i denne studien at vi ville finne nettopp en medikaliseringstendens som omtalt ovenfor, det vil si at brukere hadde blitt avhengige av medisinsk informasjon på Internett generelt og spesifikke nettlegjetjenester spesielt. Selv om det nok var en viss avhengighet blant noen brukere, var det egentlig ingen entydig tendens i retning av at brukere totalt ville underkaste seg det medisinske regime. Ved observasjon av dialogene på nettstedene observerte vi også situasjoner hvor brukere kritiserte legene for deres ensidige biomedisinske perspektiv. Det som utpekte seg som spesielt interessant var imidlertid hvordan pasienter, eller retttere sagt brukere, benyttet mye tid og la ned mye ressurser i å hjelpe hverandre på diskusjonsfora.

Denne type tjeneste er dermed ikke bare en helseinformasjonstjeneste, men også en form for selvhjelpsgruppe, som kan bidra med teknisk medisinsk informasjon, med sammenligning og kritikk av behandling som er gitt, sympati mellom brukere, praktiske råd for bedre takling av tilstander, og mer makt til å påvirke helsespørsmål (Ferguson, 1996). Det er kun to ting slike selvhjelpsgrupper ikke kan gjøre, og det er å kunne overta plassen til egen lege og fortelle deg hva du skal gjøre, eller å ta betalt for sine råd, hevder Ferguson (1996). På bakgrunn av den kritiske holdningen vi har observert i noen av diskusjonene på nettleger, er det rimelig å kategorisere mange av disse brukerne som digitalt dannede pasienter (og ikke bare oppkoblede). En annen interessant

DAGSLYS – OPTIMAL BELYSNING UTEN SKYGGEDANNELSE. OVERFLATER OG STRUKTURER FRAMSTÅR MED SINE NATURLIGE FARGER - EN SELVFØLGE FOR DET MENNESKELIGE ØYE, MEN EN ØNSKEDRØM NÅR DET GJELDER OPERASJONSLAMPER. MARTIN ML 702 HX GREIER DET. DEN GIR ALLE DE FORDELER SOM NATURLIG GJENGIS AV DET MENNESKELIGE ØYE. OG DEN GJØR DET MED SVÆRT HØY VIRKNINGSGRAD OG LAV VARMEUTVIKLING. DU KAN OGSÅ KOBLE TIL ET VIDEOSYSTEM. KONTAKT OSS OG FÅ TILSENDT VÅR BROSJYRE.



DAGSLYS!



DIDR. MEHN-ANDERSEN AS
Medisinsk og Kirurgisk Teknologi

Postboks 6043 Postterminalen - 5892 BERGEN - Tlf. 55 59 43 00
E-post: info@dma.no - Internett: www.dma.no

observasjon er at disse internettbaserte tjenestene legger til rette for en kommunikasjon pasient-til-pasient som ellers hører naturlig hjemme blant inneliggende pasienter på sykehus.

Den norske sosiologen Dag Album har studert pasientkultur på sykehus og observert hvordan pasientene hele tiden snakket sammen, stilte spørsmål, svarte på spørsmål og utvekslet erfaringer med hverandre (Album, 1996). Særlig nye pasienter uttrykte stor glede ved å kunne snakke med andre pasienter som hadde hatt diagnosen lenger, som gjerne hadde vært gjennom en del behandlinger, og som dermed visste mye om sykdomsbildet. Videre fant Album i sin undersøkelse, at pasientene mente at de ansattes fremstilling av det som skulle skje, i forbindelse med undersøkelse eller behandling, ofte ikke føltes nok. Dette er fordi de ikke selv hadde opplevd det pasientene skulle gjennom. En av implikasjonene av Albums studie er at sykehus-

opphold ikke bare gir mulighet til medisinsk behandling, men skaper også anledning til å skape kontakt mellom pasienter med lignende sykdomserfaringer.

I en tid hvor stadig mer behandling skjer poliklinisk og ved dagkirurgi vil denne anledningen svekkes for mange pasientgrupper. Det er derfor en mulighet for at internettbaserte legetjenester med rom for diskusjoner mellom brukere i noen grad kan veie opp for manglende pasient-til-pasient-kontakt, men vel og merke for de pasientene som har tilgang til Internett.

Den neste type pasient, den digitaliserte pasienten, er hovedsakelig knyttet til sykehussektoren.

Den digitaliserte pasient

Den digitaliserte pasienten er direkte knyttet til utviklingen av medisinske visuelle teknologier. Digitale diagnostiske apparater er basert på anatomisk visualisering. Bilder fra CT, MR, ultra-

lyd og lignende danner grunnlag for digitaliserte visuelle pasientdata med relevans for konkrete medisinske problemstillinger, og for å stille diagnose. Et vesentlig potensiale ved slike teknologiske systemer er at datasettene som produseres, eller de digitaliserte pasientene, er flyttbare, ikke bare mellom ulike spesialister på ett sykehus for eksempel for en *second opinion*, men også som utgangspunkt for telemedisinske tjenester. Et godt eksempel på dette har vi nylig hatt i et prosjekt om 3D CT-undersøkelse for kontroll av blodåreprotese. I prosjektet, hvor sykehusene i Trondheim og Levanger samarbeidet om rutinemessig undersøkelse av denne protesen, var potensialet ved den digitaliserte pasienten svært åpenbar. Den digitale tredimensjonale modellen av pasienten ble overført fra sykehuset i Levanger til St.Olavs Hospital før de to radiologene startet vurderingen. Den eneste datakommunikasjonen som var nødvendig å overføre i sanntid var styringsparametre for å vri

og vende på modellen. Radiologene kunne bestemme hvem som skulle styre modellen og det var meget interessant å observere hvordan de to radiologene samarbeidet om en vurdering som om de skulle ha sittet ved siden av hverandre. Noe av forklaringen på denne gode dialogen kan skyldes en høy grad av kunnskapsmessig symmetri (Lehoux et al., 2000) siden de begge hadde felles bakgrunn som radiologer.

Men ofte er de digitaliserte pasientene slettes ikke begrenset til slike konkrete modeller som i eksemplet over. Inneliggende sykehuspasienter blir i dag digitalt representert i elektroniske pasientjournaler (EPJ) og ved de fleste sykehus også i papirbaserte journaler. Ved sammensatte lidelser danner disse representasjonene uoversiktlige informasjonsmengder bestående av vurderinger, prøvesvar, kurver, røntgenbilder og så videre. At helsepersonell på sykehus i noen grad klarer å nyttiggjøre seg denne informasjonen er mer

Nytt forstøverapparat!

Aeroneb^{Go}

Ny teknologi - elektronisk mikropumpe!

- liten, lett og lydøs
- enkel å bruke
- rask forstøvning
- batteri og nettdrift
- passer alle aldersgrupper



... fordi ingen er like!



NorMed AS, Solheimvn. 62, Postboks 410, 1471 Lørenskog
Tlf. 67 98 01 00, fax 67 98 01 01, www.normed.no, normed@normed.no

til tross for, enn på grunn av, måten den digitalt representerte pasienten framtrer. Ved videreutvikling av bedre pasientjournal-systemer bør det være mulig å komme opp med bedre digitaliserte pasienter. Når dette er sagt, er det viktig også å legge vekt på at for sammensatte lidelser og kroniske kompliserte sykdommer, gjerne med psykosomatiske trekk, vil representasjoner av pasientene alltid være begrensede i forhold til pasienten selv. Et fokus på pasienten som digitalt representert, og på avviket mellom digitalisert og reell pasient, vil likevel være et ledd i kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten (så vel som primærsektoren) og deres informasjonssystemer.

Den digitalt overvåkede pasient

Den siste formen for digital pasient har vi i den digitalt overvåkede pasienten. Også denne pasienttypen er et resultat av utvikling og anvendelse av teknologi, for eksempel sensortechnologi som gjør det mulig å omsette enkelte fysiologiske egenskaper til kvantitative parametre eller tallmessige størrelser. Sensorer med innebygget trådløs kommunikasjonsenhet gjør det sågar mulig å sette opp et nettverk mellom sensorer og en datamaskin slik at brukere kan bevege seg fritt innenfor et visst dekningsområde med kontinuerlig overvåking. Dette gir grunnlag både for interessante og skremmende muligheter. Enkelte former for trykghetsalarmer er for eksempel både etisk problematiske og teknisk sett interessante. Prosjektet Telemedicine, som blant annet SINTEF har deltatt i, har dreid seg om uttesting av sensortechnologi blant annet på barn med kroniske lidelser. Norsk Senter for Telemedisin (NST) driver også med uttesting av mobiltelefonoppkoblede insulinmålere for oppfølging av diabetikere. Det er all grunn til å tro at slike og lignende prosjekter vil danne utgangspunktet for offentlig finansierte og kommersielle tjenester.

Den digitalt overvåkede pasienten blir derfor samfunnsmessig interessant. Den britiske sosiologen Marc Chrysanthou har benyttet begrepet «transparente kropp» om de privatiserte, personaliserte og somatiserte kroppsprosjektene i den postmoderne forbrukskulturen (Chrysanthou, 2002). Han hevder at den fysiske kroppen har blitt transformert til et aktivt utopisk prosjekt i koplingen mellom helseinformasjon, medisinsk teknologi, helseforbruksvarer og selvscreening. Med referanser til samfunnsforskere som Giddens (1991), Shilling (1993) og Bury (1997) hevder Chrysanthou at kroppen blir kilden til identitet og mening, idet selvidentitetene etter hvert bare løselig er koplet til religion og lokalsamfunn og i mindre grad forankret i kjønn, klasse eller alder i høymoderniteten. Det analytiske blikket rettes innover mot egen helse, som konstituerer ens identitet, snarere enn samfunnet rundt en. På den ene siden kan vi forbedre våre «plastiske kropp» (Williams, 1997) (svært så relevant i disse «ekstrem-forvandling»-tider) og på den annen side kan vi ved hjelp av medisinsk monitoringsteknologi skaffe oss stadig større mengder informasjon relatert til egen helse. Vi kan som Chrysanthou formulerer det, «overvåke usikkerheten i det indre av våre kropp» for å forsikre oss om at ingenting er galt» (2002: 476). I et forskningsintervju en kollega og jeg gjennomførte for noen år tilbake (Kjekshus & Tjora, 1999) uttalte en radiolog at «røntgenavdelingene er vår tids største og viktigste psykiatriske poliklinikker». I dette la han at folk i stadig større grad må få tatt og analysert røntgenbilder for å være sikre på at de er friske. Dette ville ikke nødvendigvis være så alvorlig dersom det var folk med dårlig helse som benyttet seg av slike muligheter. Imidlertid er det slik at alle fra tid til annen verken føler seg helt friske eller helt syke og må stille på linje med hypokondere og «the worried-well», «the worried-and-maybe-

not-well», og «the not-worried-but-think-maybe-they-ought-to-be» (Chrysanthou, 2002). Blant disse gruppene åpnes det dermed opp for et angstdrevet marked for apparater for «selvscreening» og hjemmebasert diagnose. Og det er når den digitalt overvåkede pasienten blir økonomisk interessant at det begynner å bli virkelig spennende, det vil si skremmende. Når Syncron og Falck ikke bare tilbyr husalarmer, men kroppsalarmer for deg og dine nærmeste, da blir denne tanken om den digitalt overvåkede pasienten ubehagelig relevant.

Oppsummering

Jeg har i denne artikkelen syntetisert fire former for digitale pasienter, den digitalt oppkoblede, den digitalt dannede, den digitaliserte og den digitalt overvåkede pasienten. Felles for dem alle er at de er pasientvarianter som har grodd fram av en teknologisk utvikling innenfor medisin og helsevesen, så vel som av et informasjonssamfunn mer generelt. Men det er samtidig avarter av typer pasienter eller brukere som har eksistert før: Pasientgrupper har i lang tid vært kilde til skriftlige representasjoner, de har i lang tid blitt overvåket, og mange pasienter har hatt en mer eller mindre bevisst og kanskje kritisk relasjon til det medisinske feltet. Det som er nytt her er at nye tekniske muligheter tydeliggjør disse ulike pasientgruppene, eller snarere slike ulike egenskaper ved pasienten som rolle. Enten vi er forskere, helsepersonell, teknologileverandører, beslutningstakere eller politikere er det verdt å tenke over hvordan ulike anvendelser av teknologi legger til rette for ulike varianter av den digitale pasienten.

Referanser

- Album, D. (1996), *Nære fremmede*, Oslo, Tano A.S.
 Bury, M. (1997), *Health and Illness in a Changing Society*, London, Routledge.
 Carlsen, S.M. & Hetlevik, I. (2001), 'Familier hyperkolesterolemi - mindre

farlig enn antatt?' *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 121, 1127-9.

- Chrysanthou, M. (2002), 'Transparency and selfhood: Utopia and the informed body', *Soc Sci Med*, 54, 3, 469-79.
 Ferguson, T. (1996), *Health online: how to find health information, support groups and self-help communities in cyberspace*, Reading Ma, Addison-Wesley.
 Fitzpatrick, M. (2001), *The tyranny of health. Doctors and the regulation of life-style*, London, Routledge.
 Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity Press.
 Hoem, J. (2003), 'Digital dannelse', *KULT8801 - Forsking og samfunn*, Trondheim: NTNU Institutt for kunst- og medievitenskap.
 Kjekshus, L.E. & Tjora, A.H. (1999) Er legemangelen bare et spørsmål om antall leger? En fenomenologisk tilnærming til legemangel i ett fylke, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 119, 4, 541-4.
 Lehoux, P., Sicotte, C., Denis, J.-L., Berg, M. & Lacroix, A. (2000), 'Trust as a Key Component in the Use of Teleconsultation', *Annales CRMCC*, 33, 8, 482-487.
 Lian, O. (2003), *Når helse blir en vare*, Kristiansand, Høyskoleforlaget.
 Lowenberg, J.S. & Davis, F. (1994), Beyond medicalisation – demedicalisation: The case of holistic health', *Sociology of Health and Illness*, 16, 579-599.
 Lupton, D. (1995), *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, London, Sage.
 Lupton, D. (1998), 'Foucault and the medicalisation critique', in Petersen, A. and Bunton, R. (eds.), *Foucault, Health and Medicine*, London, Routledge.
 Løchen, Y. (1971), *Behandlingsamfunnet. Sosiologiske essays om forholdet mellom medisin og samfunn*, Oslo, Gyldendal.
 Shilling, C. (1993), *The Body and Social Theory*, London, Sage.
 Skolbekken, J.-A. (1996), 'Risiko som begrep og utfordring i helsevesenet', *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 116, 2673-6.
 Szasz, T. (1971), *The Manufacture of Madness*, London, Routledge and Kegan Paul.
 Tjora, A. & Tangen, L.M. (i trykk) Surfing for Health: Medical Services on the Internet and the Question of Medicalisation.
 UFD (2003), 'I første rekke. Kvalitetsutvalget (NOU)', Oslo, Utdannings- og forskningsdepartementet.
 Williams, S.J. (1997), 'Modern medicine and the «uncertain body»: from corporeality to hyperreality?' *Soc Sci Med*, 45, 7, 1041-9.
 Williams, S.J. & Calnan, M. (1996), 'The 'limits' of medicalization?: modern medicine and the lay populace in 'late' modernity', *Soc Sci Med*, 42, 12, 1609-20.
 Zahl, P.-H. (2003), 'Vitenskapelige kriterier for innføring og evaluering av screening', *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 123, 333-6.
 Zola, I.K. (1972), 'Medicine as an Institution of Social Control', *Sociological Review*, 20, 487-504.