

Om helsens skjulte natur



Tema:
Forstand
og forståelse
i medisinen

Essayet innledes med en fortelling om mitt møte som ung lege med en lokal medisinsk kultur. Fortellingen antyder at en situasjon kan oppleves og forstås på svært ulike måter. En medbrakt kunnskap kan både åpne opp for og lukke til forståelsen av en ny situasjon.

Helsebegrepet forstås som tomt for et erfaringsnært innhold og erstattet med termer fra vitenskapen om sykdommer. Helse forbindes med «velværen». Den er utematisert, og trer først frem som en mangel. Noe forstyrrer oss: en smerte, et symptom, en sykdom. Den medisinske kunnskap om sykdom er ekspertkunnskap, mens erfaringen av helse er forankret i menneskers livsverden. Den medisinske ekspertkunnskap truer med å okkupere feltet for erfaring av helse. Dette samsvarer med trekk ved vår vitenskapsbaserte kultur: En rasjonalisering av alle livsområder.

Medisinen forstått som et likeverdig kulturmøte, og ikke som et maktpasert kulturmøte, krever at lege og pasient gjensidig anerkjenner hverandres kunnskap. Helsebegrepet kan rehabiliteres som livsverdenkategori. Dette krever noe mer enn bare et intellektuelt krafttak. Vi må våge å se på hvem vi er i kraft av vår kunnskap. Det krever bl.a. at vi våger og evner å stå i situasjoner som ikke går opp i begreper vi allerede behersker.



I Tidsskriftet nr. 9–13/2001 publiseres serien Forstand og forståelse i medisinen. Serien er redigert av Pål Gulbrandsen og legene ved Filosofisk Poliklinikk, Universitetet i Bergen (www.uib.no/isf/filpol/)

Eivind Merok
eivind.merok@ism.uit.no
Institutt for samfunnsmedisin
Medisinsk fakultet
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

Merok E.

The hidden nature of health.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1610–2.

This essay starts with a story about my meeting with a local medical culture as a young doctor. The point of the story is that a situation can be experienced and understood in different ways. The kind of knowledge one brings into a situation opens up for or prevents new understanding from developing.

The concept of health has lost its content based on the experience and knowledge of everyday life; this content is replaced by concepts from medicine as the science of sickness. Health is linked to «well-being». The nature of health is hidden. It appears as something we are missing when threatened by pain, symptoms, illness or sickness. The medical knowledge of sickness is expert knowledge; the experience of health, on the other hand, is part of the experience of being human. Medical expert knowledge tends to occupy the field where health can be experienced. Medicine practised as a cultural meeting between persons of equal human standing means that both doctors' and patients' knowledge can be taken seriously.

The concept of health can be rehabilitated as a lifeworld concept. This requires more than just an intellectual effort; it requires the courage to see how our thinking has been shaped through scientific knowledge. This, in turn, requires of us the inner strength to cope with situations we do not understand.

☞ Se også side 1562

Den 52 fot store legebåten hev på seg og ristet så kraftig at vi tre om bord måtte holde oss godt fast. Etter en times tid ble det smulere farvann da vi svingte inn Bergsfjorden og kom i ly av Silda. Lenger inne i fjorden var det kun mindre og krappe bølger. Fjellene reiste seg steile langs begge sider av fjorden. Innerst i fjordbunnen antes isbreens blåhvite skimmer mot den polare februarhimmelen. Jeg var på vei til et av mine første sykebesøk som turnuskandidat i en liten kommune i Vest-Finnmark midt på 1980-tallet.

Idet vi nærmet oss kaien, ble lyskasterne slått på. En butt skikkelse som skuttet seg mot været, ble synlig. Vi la til, koffertene fulle av medisinsk utstyr ble lempet opp, og jeg hilste på stedets ufaglærte medisinske kontaktperson. Vi stampet gjennom snøen opp

mot et hus ikke så langt unna. Ytterdøren ble slått opp og vi møtte en vegg av lys og varme i kontrast til mørket og kulden ute. Vi kom inn i en liten gang, tok av oss skoene og fortsatte inn i stuen. Der satt det mange mennesker, påfallende mange mennesker, registrerte jeg vagt. Vi gikk gjennom kjøkkenet og inn i soverommet ved siden av. Der lå pasienten: En eldre kvinne, med grått hår knyttet stramt i en knute i nakken, flere puter bak seg slik at hun nærmest satt i sengen. Hun hadde tungt for å puste og var en anelse blå på leppene.

Mitt diagnostiske blikk hadde fått noe å arbeide med. Den foreløpige diagnosen var allerede klar: Hjertesvikt med lungestuvning. Det videre forløp gikk som en film inne i meg: Lytte på lunger med stetoskop, banke for å antyde lungegrenser, lytte på hjerte, ta

puls og blodtrykk. Sjekke medisinenes hennes, legge inn venekanylene i en perifer vene, og gi adekvat hjertesviktbehandling før transport med legeskyssbåten til Hammerfest sykehus.

Jeg hadde gjort mine undersøkelser da en mann snakket til meg. Denne mannen hadde jeg bare ant der han satt og holdt kvinnens høyre hånd. «Det er vel alvorlig, doktor?» spurte han. Jeg ble brakt litt ut av fatning, men måtte nølende svare bekreftende. «Er det slik at hun kan dø av dette?» fortsatte han. Spørsmålet slo inn i meg som et fysisk opplevd ubehag. Jeg så nøyer på mannen. Det var en mann på kvinnens alder, hennes ektemann. De så på meg begge to med faste blikk. Jeg mistet kontakten med min indre film, den stoppet opp, fastfrosset i et absurd stillbilde uten synlig relevans for den nå foreliggende situasjon. Jeg forsøkte famlende å gå inn på spørsmålet hans: «Jo, det kan hun vel,» svarte jeg nølende. Raskt kom hans svar: «Ja, det var det vi hadde tenkt oss.»

Denne vending lot situasjonen tre frem på en ny måte. Mannen fortalte. Han fortalte at konen hadde vært på sykehuset for noen uker siden. Der hadde de konstatert svakt hjerte, hun hadde fått medisiner, men det var ikke så mye mer de kunne gjøre. Hun var på tross av medisinen blitt gradvis verre etter at hun var kommet hjem. Hun mente selv at hennes tid var kommet nå. De hadde sendt bud etter familien, noen var kommet helt fra Øst-Finnmark for å være til stede under hennes siste tid. Nå var alle kommet. Og da hadde det vært tid for å tilkalle doktor.

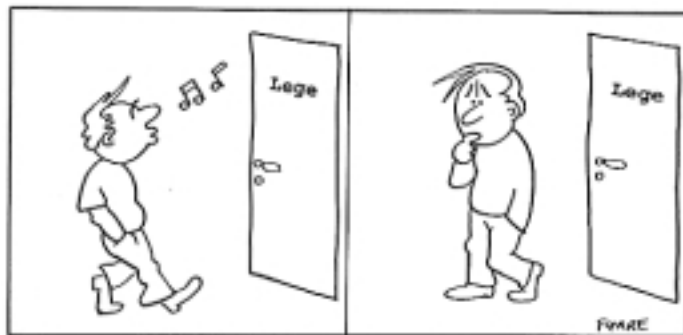
Mannens fortelling rystet meg. Jeg følte meg hensatt til en annen scene enn den scenen jeg hadde øvd meg i å beherske. Jeg hadde mistet regien. Hvilket stykke var jeg nå blitt delaktig i – hvilken fortelling var jeg trådt inn i?

Situasjonen krevde handling. To konkurrerende forståelser – to forskjellige mønstre for fortellingen – stod opp mot hverandre. Dette inngav angst, jeg følte uro. La denne kvinnen ligge hjemme og langsomt dø i sin hjertesvikt? Beslutningen om å la henne bli hjemme hadde karakter av et etisk valg: Et sprang uten sikker landing, båret av et dyptfølt kroppslig ubehag.

Deretter gikk vi inn i stuen. Der var det smørbrød, kaker og kaffe i rikelige mengder.

Polemisk prolog: Det tomme helsebegrep

Dette er en betraktning om helse, eller om den tapte erfaring av helse. Helse fremstår som et tomt begrep i dag. Begrepet helse er effektivt tomt for et opprinnelig og erfaringsnært innhold



og erstattet med termer hentet fra vitenskapen om sykdommer. Medisinen som vitenskap er vitenskapen om sykdommer (1), medisinsk praksis dreier seg oftest om å bekjempe sykdommer, forebyggende helsearbeid dreier seg om å hindre eller utsette sykdommer i å bryte ut. Snakket om folkehelse, forebyggende helsearbeid eller god helse er sykdomssnakk. Helsebegrepet er okkupert av kunnskap om den syke kroppen, syke organer, syke celler, syke gener, sykdomsskapende faktorer, risikofaktorer osv. Men hva er egentlig den friske kroppen, det sunne menneske, det vitale menneske, det levende menneske, det skapende menneske? Vi må strekke våpen, for å holde oss innenfor medisinenes velkjente krigsmetamorfi. Vitenskapen om sykdommer gir oss ikke noe fornuftig svar. Som filosofen Edmund Husserl har sagt det: «I vår livsnød hadde denne vitenskapen intet å si oss» (2).

Helse som «vel-væren»

Helse er der som livsflyt, eller som «vel-væren» (1), uten at vi kan peke på den eller bestemme den i kraft av normalverdier eller på ulike skalaer. «Selvfølgelig kan man forsøke å fastlegge standardverdier eller normalverdier for helse. Men å ville konfrontere et friskt menneske med slike normalverdier, ville være å sykdeliggjøre henne» (1). Vi støter her på en vanskelig problematikk. Helse er ikke noe vi erfarer eller tematiserer for vi opplever en forstyrrelse av «vel-væren» som karakteriserer livets normaltill-

stand. Noe forstyrrer «vel-væren»; en smerte, et symptom, en plage, en sykdom, trer ut av den helhet som karakteriserer det friske menneske. Noe trer frem: «Det er noe som feiler meg, det mangler meg noe inne i magen her.» På tysk er dette enda klare: «Es fehlt mir etwas.» Det er mangelen som trer frem og som vi blir oss bevisst. Fragmentet blir gjenstand for vår oppmerksomhet, for medisinsk utredning

og behandling. Det er sykdommen som rent metodisk er det primære i forhold til friskheten eller helsen: Forståelsen styres av metodekrav gyldige innenfor medisinen som vitenskapen om sykdommer. Men det er utvilsomt friskheten, den «hele væren» eller helsen som rent ontologisk er det primære, som har forrang fremfor sykdommen: I våre levde liv er det helsen som er, og som vi først erfarer som en mangel idet den trues (1).

Her ligger vårt dilemma: Medisinen er vitenskapen om sykdommer, om det som har trådt ut av en levde helhet, av en utematistert «vel-væren». Sykdommer truer vår vel-væren: Fragmentet som har løst seg ut av livsflyten, blir underlagt kunnskapens dekomponerende blikk, og beskrevet ned til minste detalj. Ekspertene med sin kunnskap vet heldigvis svært mye om det forstyrrende fragment som dominerer vår eksistens, som plager oss og kaster oss ut i forvirring. Ekspertene kan antakelig hjelpe oss i vår nød. De kan kanskje hjelpe oss til å finne vår plass igjen i vår egen livsverden. Men den medisinske ekspertkunnskapen rommer ikke et slikt skille: Forståelse av sykdom på den ene side og helse på den annen. Som forvalter av en slik ensidig kunnskap evner ikke eksperten å tre ut av sin posisjon som forvalter av fragmentet, han ser seg blind på det metodisk primære. Han ser ikke helse som en kategori tilhørende vår livsverden. Det krever en annen kunnskapsmessig tilnærming. Den relevante kunnskap om helse og sykdom reduseres til en (natur) vitenskapsbasert kunnskap om sykdom. Og moderne medisinsk praksis kan ikke forstås som resultatet av et møte mellom ulike kunnskapsverdener. Et møte mellom den naturvitenskapsbaserte kunnskapstradisjon medisinen har stått inne i de siste 150 år og den livsverdensbaserte kunnskap det enkelte menneske står inne i. Dersom denne grunnbetingelse rokkes, medisinsk praksis forstått som møter mellom kunnskapsverdener, åpnes det opp for en autoritær utvikling der naturvitenskapsbasert kunnskap okkuperer vår helseforståelse. Dermed reduseres spørsmålet om helse seg til et fortvilet jag etter å gjøre



Hans-Georg Gadamer (f. 1900). Bildet er tatt høsten 1999 i Heidelberg – 100 dager før han fylte 100 år. Foto R. Ragazzi

«det riktige», dvs. som friskt menneske å følge de siste livsstilsdirektiver produsert av en metodisk ugjendrivelig risikofaktorforskning. Det kan dessuten virke som om det er inngått et uhyre virksomt samarbeid mellom risikofaktorforskningen og medienes brutale bruk av denne kunnskapen.

Mistilliten til egen erfaring av helse

Filosofen Hans-Georg Gadamer er en gammel mann, født 11. februar 1900. Han er kjent som en av de store filosofer innenfor den moderne hermeneutikken, eller kunsten å forstå forståelsen. I vår sammenheng har Gadamer en annen betydning. Han skriver (1) og snakker om vår fremmedgjorte eksistens og vår manglende kontakt med helse som «vel-væren» (Merok E, Ragazzi R, Wifstad Å, Hole H. Helsen skjulte natur. Samtaler med H-G Gadamer om helse. Video. Under redigering. Tromsø: Medisinsk fakultet, Universitetet i Tromsø): Innenfor en vitenskapsbasert kultur stilles vi alle, som leger, pasienter eller vanlige mennesker, overfor en enorm fremmedgjøring. Med vitenskap menes her naturvitenskap og vitenskap som har tatt opp i seg avgjørende elementer fra slik vitenskap. Denne type vitenskap, argumenterer Gadamer, hevder på metodologisk grunnlag å være den eneste sikre erfaring og være den viten som gir enhver erfaring dens legitimitet: Gyldig erfaring er kun kontrollerbar og etterprøvable erfaring. Gadamer beskriver dette, som andre før ham og etter ham, som rasjonalisering av alle livsområder. Mennesker forventes å tilpasse seg og innpasse seg i slike rasjonelle organisasjonsformer. Man kultiverer tilpasing til den rasjonelle norm, og tilsvarende forsømmes den selvstendige dømmekraft og den selvstendige handling. Dette kondenserer han i allmenne regler: «Jo sterkere et område blir rasjonalisert, desto mindre plass oppstår for oppøvelse av den egentlige dømmekraft, og dermed marginaliseres den egentlige praktiske erfaring.» «Der hvor vitenskapen vet noe, mister hverdagskunnskapen sin legitimitet» (1).

Dette antyder noe om det moderne menneskes situasjon: Klemte inne mellom fortidens sviktende institusjoner og vitenskapens inntog med sine «sanne» svar på våre mest intime livsområder på den ene side og vår egen vaklende insistering på et genuint erfarings- og kunnskapsfelt i forhold til vårt eget levde liv på den annen.

Ivan Illich spissformulerer dette dilemma i et nytt forord til nytugivelsen av klassikeren *Medical nemesis*: «In a world made up of systems, the immune system replaces what was formerly called an individual or person» (3). Han eksemplifiserer på følgende måte: «When the oncologist gave up further chemotherapy on Jim, I asked him how he felt. He told me to call next day, but only after 11 a.m., when the lab test would be back. The Orphic «know thyself» now reads: «check how your system is coping»» (3).

Medisinen som kulturmøte

Edmund Edvardsen (4) beskriver den medisinske virksomhet for omkring 100 år siden som del av en kulturpedagogikk der riks-norske verdier og kunnskaper lå til grunn for en medisinsk oppdragelse av den nordnorske befolkning. Han skiller mellom likeverdige og maktbaserte kulturmøter: «Under det likeverdige møtet foreligger muligheter for at partene, på egne premisser, kan låne trekk fra den andre og tilpasse dem sin egen kulturelle ordening. Under det maktbaserte kulturelle møtet, derimot, er den ene parten i posisjon til å påtvinge den andre sin stereotypi av ham, gjennom politisk og oppdragende påtrykk» (4). Jeg mener det er viktig å se at møtet mellom medisinen som systemkunnskap og det enkelte menneske, som forvalter av helse i sitt meningsunivers, også er et maktbasert kulturmøte. Gadamer's argumentasjon er av subtil art: Vi ser ikke lenger at vi står inne i et kulturmøte, ettersom vi ser ut til å godta premisene om at vår livsverdenskunnskap er ugyldig qua kunnskap i møtet med den vitenskapsbaserte medisinske kunnskap (1). Vi ser ut til å være i ferd med å overta definisjonen av oss selv som sammensatte abstrakte systemer, underlagt risikofaktorenes dom over vår moralsk-helsemessige standard.

Omslagserfaringer

Finnes det andre veier å gå, kan vi ane lyspunkter i forhold til å kunne rehabilitere helsebegrepet forstått som livsverdenkategori? Gadamer ble spurt om dette høsten 1999 (Merok E, Ragazzi R, Wifstad Å, Hole H. Helsen skjulte natur. Samtaler med H-G Gadamer om helse. Video. Under redigering. Tromsø: Medisinsk fakultet, Universitetet i Tromsø). Hans svar var som alltid lite programmatisk, men ett ord var sentralt: «Freiräume» (frie rom). Hvordan skape frie rom for dialog, livsutfoldelse, erkjennelse og kunnskap som alternativer til alle de rom som er okkupert av systemkunnskapens «objektive» ugjendrivlighet?

Selvfølkelig finnes slike rom, og «Filosofisk poliklinikk» i Bergen er sannsynligvis et av dem. Men de viktigste rom vi som helsearbeidere kan være medskapere av, er plassert midt inne i vår hverdag: Hvordan skape rom for likeverdige kulturmøter i den kliniske hverdag? For å klare det må vi som profesjonelle helsearbeidere våge å sette vår egen kunnskap på spill; det betyr å tre ut av kunnskapshegemoniet og møte verdener vi kanskje ikke forstår. Dette krever noe mer enn bare et intellektuelt krafttak. Viggo Rossvær (5) beskriver slike situasjoner som «ikke går opp i våre begreper» som tilgjengelige gjennom en «kvalmens hermeneutikk». «Det er i så fall ingen hermeneutikk bygd på refleksjon som utgjør innfallsporten til den nye forståelseserfaring. Nye og uventede meninger er ikke tilgjengelige uten en omstilling også av følelsesmessig og kroppslig art. Betingelsene for å «komme

inn i» et lokalsamfunn er ikke bare en beslutning om å foreta en momentan omstilling av ens tilvante begreper, det krever i tillegg en omorganisering av hele ens egen bakgrunnsforståelse for å danne seg et bilde – med hele seg – av det lokale perspektiv» (5).

Åge Wifstad (6) går i samme retning: «Det er det vi ikke forstår, det som ikke går opp i begrepene, det gjelder å rette oppmerksomheten mot. Ikke da for endelig å få satt merkelapper på det. Men i den hensikt å minne oss selv om at det er i de øyeblikk vi ikke lenger vet hva vi skal si, at muligheten for å lære noe genuint nytt er til stede. At det er i de øyeblikk kommunikasjonen på ett nivå eller ut fra et sett av premisser (for eksempel faglige) bryter sammen, at vi har den mest fundamentale kontakt med den andre.»

Når det gjelder forståelse av helse, må vi være villige til å se ytterst kritisk på hvem vi er i kraft av vår kunnskap. Kulissenes regi (7) er ikke vanskelig å få øye på: Det er sykehusene, legekantorene og universitetene i allianse med sultne medier som setter agendaen for helsediskursen. La oss som utøvere av et praktisk fag bidra til å etablere alternative arenaer og diskurser, der også vi må ta av oss skoene og kle oss nakne under andres forskende blikk. Kanskje får vi da øye på en «vel-væren» som egensinnig vil verge seg mot å bli forstått på fremmede premisser?

Litteratur

1. Gadamer H-G. Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1996.
2. Husserl E. Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. 3. Auflage. Hamburg: Felix Meiner Verlag, 1996.
3. Illich I. Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. London: Marion Boyars, 1995.
4. Edvardsen E. Nordlendingen. Oslo: Pax Forlag, 1997.
5. Rossvær V. Ruinlandskap og modernitet. Oslo: Spartacus Forlag, 1998.
6. Wifstad Å. Helhetsforståelse og kommunikasjon. ISM skriftserie nr. 18. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1991.
7. Nerheim H. Den etiske grunnerfaring. Fra regelforståelse til fortrolighetskunnskap. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.