

Noe var bedre før – hvordan kan vi ta vare på det?

Etter 50 år som lege er det naturlig å reflektere over utviklingen. Den har gitt oss ufattelige fremskritt, men også bivirkninger. Her drøfter jeg tre bivirkninger som bekymrer meg:

– Vi behandler sykdommer, ikke syke mennesker.

– Yngre pasienter er mer interessante enn eldre.

– Vi satser på behandling og legger mindre vekt på legens placeboeffekt og pasientens mestring.

For å minske disse bivirkningene må vi arbeide på to fronter. Den ene er å påvirke systemfaktorene i helsetjenesten, slik at de fremmer en «menneske-medisin». Den andre er å påvirke den enkelte helsearbeider. Målet er å bygge opp positive relasjoner som skaper tillit, og midlet er å trene opp «gripen».

Jeg deler kronikken i to deler: Bekymringene og tiltakene.

Jeg starter den første delen med en opplevelse som preget meg for livet. Den hendte høsten 1950. Jeg var assistentlege – det var før turnustjenesten var innført – hos distriktslegen i Gloppen i Nordfjord, Åge Johansen. Vi var de eneste leger i et distrikt med 6 000 mennesker og lange avstander.

Vi hadde felles venteværelse, og en dag kom distriktslegen inn på mitt lille kontor og sa: «Du må reise i sykebesøk med én gang.» Jeg protesterte, fordi venteværelset var fullt. «Det bestemmer jeg,» svarte han, og så føydde han til: «Og du kommer ikke tilbake uten diagnose.» Det var tre mil til gården oppunder Jostedalsbreen. Pasienten var en 12 år gammel gutt med 41,5 °C i feber, og det var intet å finne ved undersøkelsen. Han satte seg opp på halmmadrassen og la pannen på knærne uten tegn til nakkestivhet. Men – siden jeg hadde distriktslegens klare ordre, spinalpunkterte jeg gutten, og da kom diagnosen hjernehinnebetennelse ut av nålen i store, blakke dråper. Da jeg kom hjem, farget jeg utstryket av spinalvæsken, og der så jeg de klassiske meningokokkene. Jeg viste preparatet til distriktslegen, og så spurte jeg ham: «Hvordan kunne du vite at gutten var så syk?» Da svarte han: «Det var noe i morens stemme.» Det hadde han fanget opp midt i en annen konsultasjon, og det reddet guttens liv.

Jeg må føye til at distriktslegen hadde vært i distriktet i 20 år, og han visste alt om alle. Han ble en rollemodell for meg.

Denne fortellingen er bakgrunnen for tre bekymringer ved dagens helsetjeneste.

Peter F. Hjort

Bjerkåsen 32
1365 Blommenholm

Første bekymring

Min første bekymring er at vi har gått over fra å behandle syke mennesker til å behandle sykdommer.

I gamle dager, dvs. før sulfapreparatene kom i 1935, var legens egen person og personlighet hans viktigste redskap. En kjent amerikansk kreftforsker, Lewis Thomas, var som barn ofte med sin far huslegen i sykebesøk. Han sier om faren: «His job was to walk in and take over.» Faren utstrålte ro og trygghet, og han skapte tillit og fortrosthets (1). Les Jacob Breda Bulls historie om Vesle-blakken for over 100 år siden. Distriktslegen kjørte fem mil i slede for å se til den lille gutten med lungebetennelse. Da han kom frem og tok av seg ulveskinnsplensen, falt det ro over prestegården i Rendalen, og gutten kom seg gjennom krisen uten antibiotika.

Det var helt avgjørende at legen klarte å skape en relasjon til pasienten, en relasjon som gav en stor placeboeffekt.

I dag har vi effektive midler mot mange sykdommer, og det er legens oppgave å stille en presis diagnose og deretter velge den rette behandling for sykdommen. Dermed er det sykdommen – ikke den syke – som er viktig, og en gammel dame sa det slik: «Jeg føler at jeg bare følger sykdommen min til legen. Men jeg er verken sykdommen eller diagnosen min. Jeg er meg.»

Denne tankegangen, at det er sykdommen og ikke den syke som står i sentrum, har fått indirekte og ikke tilsiktet støtte fra den moderne «kunnskapsbaserte medisin» (eviden-basert medicine). Tanken er at all behandling må baseres på statistiske sammenlikninger av behandlingsgruppen og kontrollgruppen. Denne tankegangen er verdifull, fordi den sanerer medisinen for mindre effektiv eller til og med verdiløs eller skadelig behandling. Men den utilsiktede bivirkningen er at pasienten som en unik person blir mindre viktig. Han blir på en måte bare en statistisk representant for sykdommen (2).

Denne første bekymringen er viktig, men samtidig komplisert. Målet er selvfølgelig å behandle både sykdommen og pasienten. Da må legen forholde seg til to spørsmål samtidig, og det er som bekjent vanskelig:

– Hva slags sykdom er dette?

– Hva slags person er dette?

Før var sykehistorien, og dermed kommunikasjonen med pasienten, avgjørende for sykdomsdiagnosen (3), men den biomedisinske utviklingen har styrket den objektive diagnostikken basert på laboratoriemedisinen og bildediagnostikken, spesielt i sykehusmedisinen. Persondiagnosen krever personlig samtale og subjektive og tidkrevende vurderinger. Dermed blir persondiagnosen ofte effektivisert bort.

USA ligger foran oss i utviklingen. Der arbeidet det seg frem det syn at alle pasienter med samme sykdom er like og skal behandles likt. Gjør ikke legen det, kan det få juridiske konsekvenser. Samtidig tenker man seg at leger med samme utdanning er like. Det betyr at verken legens eller pasientens person og personlighet spiller noen rolle, fordi de begge bare er statistiske gjennomsnitt (4). En ung lege sa om dette: «Det er det beste, for da slipper jeg å involvere meg i pasienten, og det beskytter meg mot å bli utbrent.»

Jeg tror at denne første bekymringen er både stor og alvorlig, og bak dette mønsteret ligger det mange og kompliserte mekanismer. Jeg tror ikke det finnes enkle løsninger, men bekymringen fortjener å bli tatt dypt alvorlig. Jeg tror at både pasient og lege vil tjene på at legen involverer seg i både sykdommen og personen.

Andre bekymring

Den andre bekymringen er at yngre pasienter er mer interessante enn eldre. WHO slår fast at alderdommen starter ved 65 år – eldre – men når du er 80 år, er du blitt gammel. Dette er statistiske grenser, og det er enorme forskjeller på gamle mennesker. Jeg tror at 80-årsgrensen ligger nær 85 år i Norge, fordi de eldre lever lenger, er blitt friskere og har bedre funksjon.

De eldre har som regel flere sykdommer. Dette fører til at de passer dårlig i dagens høyt spesialiserte sykehus, hvor begrepene produktivitet, effektivitet og inntjening står i sentrum. Figur 1 viser min oppsummering.

I 1998 gjorde Statens helsetilsyn en registrering av alle pasienter som på én bestemt dag var innlagt i medisinske avdelinger ved samtlige norske sykehus. 42 % av pasientene var 75 år eller eldre, og de var skrupelige, de var gjengangere og passet tydeligvis ikke inn i dagens effektive sykehus. De hadde gjennomsnittlig 2,6 lidelser, og 38 % ble liggende og vente på plass i kommunehelsetjenesten, dvs. stort sett på sykehjemsplass (5). Det hører med i dette bildet at legedekningen ved sykehusene er gjennomsnittlig 2,2 senger per legeårsverk, mot 164 senger per legeårsverk ved sykehjemmene (6).

Konklusjonen er at legene er på vei ut av eldreomsorgen. Det skyldes særlig to forhold: De eldre har flere kroniske og ofte kompliserte sykdommer som går over spesialitetsgrensene, og de er langsomme, krevende og egner seg ikke for kjappe konsultasjoner og innleggelser. Geriatrien står nederst på spesialitetenes statusskala – Norge har bare ca. 70 spesialister i geriatri blant ca. 16 000 leger, og rekrutteringen er liten. Det skyldes iallfall delvis at rekrutteringsgrunnlaget er altfor snevert, fordi geriatrien er en grenspesialitet under indremedisinen. Forskningen i gerontologi og geriatri er liten, og Norge har ikke noe nasjonalt program for aldersforskning. Eldreomsorgen ligger under sosialministeren, mens hele resten av helsetjenesten ligger under helseministeren. Det satses enormt på en fysisk utbygging av eldreomsorgen, først og fremst på omsorgsboliger (der det ofte er lite omsorg). Mange snakker om «boliggjøring og avmedikalisering» av eldreomsorgen som en riktig utvikling, til tross for at eldreomsorgen er til for gamle, skrøpelige og kronisk syke mennesker i livets sluttfase.

Sykepleierne har overtatt ansvaret for eldreomsorgen, og ære være dem for det. Men kvaliteten i eldreomsorgen krever også et aktivt engasjement fra legene, for de har det medisinske ansvaret for diagnostikken, behandlingen og dødspleien. Derfor må vi få legene aktivt og engasjert med i helsetjenesten for de eldre og i eldreomsorgen.

Tredje bekymring

Den tredje bekymringen er at vi har sviktet WHO's store ledestjerne «Helse for alle». I stedet satses vi på «Behandling for alle». Dette fører til at vi har lett for å glemme legens placeboeffekt og pasientens mestringsevne, spesielt ved kronisk sykdom. For å vise hva mestringsevnen betyr, viser jeg til helseundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå (7). Den viser at knapt en tredel av befolkningen svarer ja på to motsatte spørsmål. De sier:

- Ja, jeg har et kronisk helseproblem
- Ja, jeg er fornøyd med helsen min.

For å forstå og forklare denne sammenhengen, har jeg laget en enkel helsemodell (fig 2). Den lodrette streken starter nede i det negative med sykdom, går gjennom null (ikke syk), og fortsetter opp i det positive (helse). Den vannrette 0-streken skiller to forskjellige områder:

- Under 0-streken ligger alle sykdommene og helseproble-

Den gamle	Sykehuset
Langsom, ofte skrøpelig	Travelt, effektivisert
Kroniske sykdommer	Høyt spesialisert
Flere sykdommer	Stadig kortere liggetider
	Økt «poliklinisering»
	Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Figur 1 Den gamle og sykehuset på kollisjonskurs

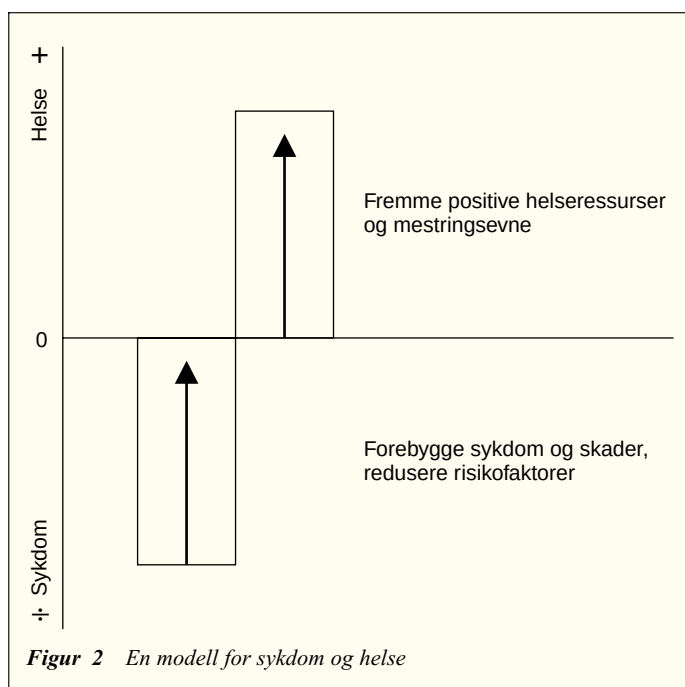
mene, alt det man lærer når man studerer medisin

- Over 0-streken ligger de positive ressurser – mestringsressursene – som folk bruker for å leve med og mestre sine problemer.

Når folk er fornøyd med helsen til tross for kronisk sykdom, skyldes det at de har positive ressurser som veier opp for sykdommene. De har altså helse på tross av sykdom. I årevis har jeg spekulert over mestringsfaktorene, og jeg har samlet materiale fra mange kilder, først og fremst fra samtaler med gamle mennesker. Jeg tror at de viktigste mestringsfaktorene er:

- Ha håp og optimisme
- Ta vare på selvbildet
- Ha omtanke for andre
- Driv med noe som gir glede
- Bruk kroppen din

Dermed har legen to oppgaver. Den ene er å behandle sykdommen, den andre er å understøtte mestringen. Her ligger legens placeboeffekt. Forutsetningen for placeboeffekten er at legen klarer å skape en personlig relasjon til pasienten som gir tillit. Denne relasjonen bør legen bevisst bruke – ikke til å gi en feilaktig og billig tro på at alt kan fikses – men til å stimulere pasientens mestringsressurser (8).



Figur 2 En modell for sykdom og helse

Vilkåret for å lykkes med dette er at legen interesserer seg for personen som bærer sykdommen, informerer om sykdommen og støtter pasientens motivering for å mestre den. Dette er viktig, for storparten av pasientene har kroniske sykdommer. For 20 år siden halverte Ingvar Hjermand dodeligheten i behandlingsgruppen i Oslo-undersøkelsen bare ved en personlig samtale med risikopersonen og hans ektefelle (9).

Min bekymring er at vi var bedre til dette før. Da jeg arbeidet på Ullevål sykehus i 1960-årene, var utskrivningssamtalene viktige. I dag tror jeg at de i praksis er rasjonalisert bort. Den viktigste klagen på helsetjenesten er mangelfull informasjon.

Legen må stå på to bein – et biomedisinsk fagbein og et empatisk menneskebein – og jeg opplever at fagbeinet blir lengre og menneskebeinet kortere (fig 3). For noen uker siden ringte en eldre kvinne til meg og ville snakke om sin årelange kamp med helsetjenesten. Hun snakket som en foss med en ekstrem Oslo-dialekt, og til slutt ropte hun ut i fortvilelse og sinne: «Men åssen lærer'em empati, da?»

Mine bekymringer har ett fellestrekk, og det beskriver jeg med en tegning jeg laget for 30 år siden til den medisinske studieplanen i Tromsø (fig 4). Helsepersonellet må ha en klar hjerne og et varmt hjerte, og min erfaring som pårørende er at hjertesvikt er vanligere blant helsepersonell enn hjernevikt.

Hvordan kan vi ta vare på det?

Dermed er jeg kommet til del to: Hvordan kan vi ta vare på disse gamle verdiene? Jeg ser tre mulige svar.

Det første svaret er at det er umulig, fordi de forandringene jeg har beskrevet, er vedt inn i de dramatiske kultur- og holdningsendringene som har funnet sted i befolkningen i disse 50 årene. Ottar Hellevik har sammenfattet de siste 20 årene i boken *Nordmenn og det gode liv*, og budskapet er klart: Vi blir stadig mer materialistiske og egoistiske (10). Og helsepersonellet er selvfølgelig ikke annerledes enn resten av befolkningen. Derfor er det håpløst. Det får meg til å ta frem mitt yndlingssitat av poeten Jan Erik Vold: «Det er håpløst, og vi gir oss ikke.» Og spørsmålet blir: Hva gjør vi da?

Da er det nærliggende å endre systemfaktorene i helsetjenesten, og jeg tenker på tre faktorer.

Den første er rammebetingelsene, dvs. organisering, økonomi, administrasjon og politikk. Det er fristende å gå løs på dem,

for det er jo nettopp de nye rammebetingelsene som har skapt de bekymringene jeg har beskrevet. Dessverre tviler jeg på at det vil skje, fordi det er liten endring i det økonomiske grunnsynet som John Maynard Keynes gjorde seg til talsmann for: «I enda hundre år eller mer må vi øke vår produksjon, og havesyke, griskhet og gjerrighet må derfor være våre guder. Når produksjonen er så stor at vi har nok av alt, da kan vi igjen la menneskelighet, godhet og omsorg bli våre guder» (11).

Den andre systemfaktoren er utdanningen av helsepersonell, og her skjer det faktisk noe positivt. Mange universiteter ser problemene og forsøker å gjøre noe med dem. Og det skjer ting med de unge studentene som gir grunn til optimisme.

Den tredje systemfaktoren er forskningen, og jeg gremmer meg over at jeg ikke selv tok opp dette temaet i helsetjenesteforskningen, men det er aldri for sent å ta det opp, med forsøk, intervensjon og evaluering. Jeg håper det vil skje.

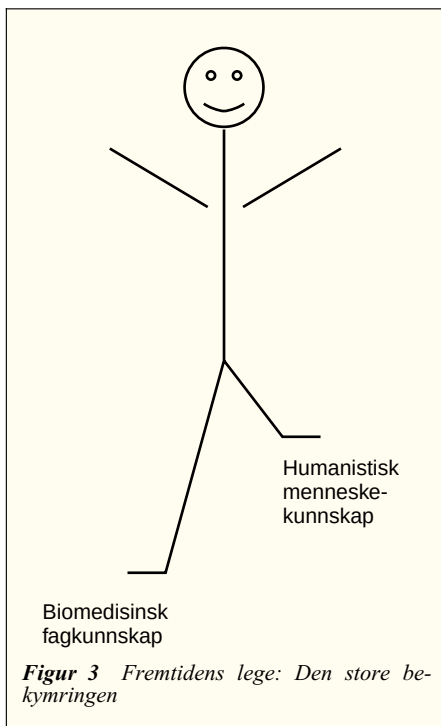
Det er selvfølgelig viktig å arbeide med disse systemfaktorene. Det er store forskjeller mellom avdelinger, mellom sykehus og mellom allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det betyr at det er store muligheter og ikke minst store utfordringer for nye generasjoner av ledere.

Likevel er jeg mest fascinert av det tredje svaret – som er å påvirke og forandre enkeltmenneskene i helsetjenesten. Utgangspunktet for dette svaret er uvanlig, nemlig de erfaringer jeg har samlet som pårørende til en alvorlig syk kone. Tenk dere et pårørende i en travel sykehusavdeling – lite, mørkt, utrivelig, sammenraskede og tilfeldige møbler, fillete ukeblader. Midtpunktet er kaffetrakteren. Her samler de pårørende seg i timer og døgn. Vi er alle i samme båt, og deler sorger og gleder, fortvilelse og håp. Vi snakker om problemene og om personellet. Alt koker ned til tillit. I gamle dager var tillit en selvfølge. Det er det ikke lenger, og her er vilkårene for tillit, slik jeg opplevde det på pårønderommet:

- Tillit er ikke noe du automatisk har i kraft av din posisjon.
- Tillit er noe du selv skaper og må fornye hele tiden.
- Tillit har to betingelser: At pasient og pårørende forstår at du kan faget, og at du viser at du bryr deg om pasienten.

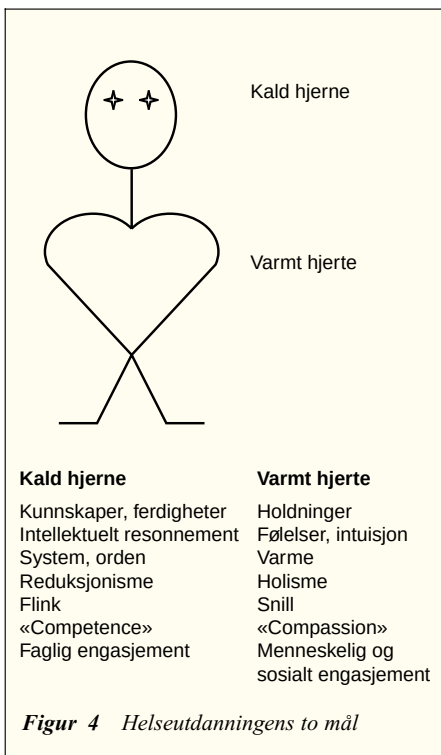
Min viktigste erfaring er at jeg tror alt helsepersonell – fra overleger til hjelpepleiere – kan deles i to grupper: De som har det jeg kaller «grepet», og de som ikke har det. De pårørende og pasientene er ikke i tvil. Deres dom er intuitiv og temmelig rask. Når de møter og føler det velsignede «grepet», faller de pårørende til ro, og pasientene hviler i tillit, trygghet, ro og fortrøstning.

Jeg har selvfølgelig spekulert over hva «grepet» bygger på, og her kommer det jeg tror:



– Faglig kompetanse og engasjement er en betingelse, enten man er professor eller hjelpepleier.

– Naturlig trygghet på seg selv, både faglig og menneskelig. Jeg bruker uttrykket trygghet, fordi den trygge ikke er redd for å erkjenne tvil og søke råd. Den trygge er ikke skrāsikker. Den skrāsikre sprer faktisk utrygghet rundt seg, for skrāsikkerheten gjennomskues – jf. den amerikanske advarselen «never in doubt, always in error».



– Menneskelig innsikt og engasjement, jf. Søren Kierkegaards ord fra 1859: «For i sannhet å kunne hjelpe en annen må jeg forstå mer enn han – men dog først og fremst forstå det han forstår. Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merviden ham slett ikke.» Og han føyer til: «Det gjelder å finne ham der hvor han er – og begynne der».

– Intuisjon, eller egentlig det som heter taus kunnskap, dvs. kunnskap og erfaring ervervet i praksis under veiledning av gode rollemodeller.

– Evne og vilje til å informere og kommunisere. Informasjonen må være realistisk, kanskje med et tillegg på 10% for håp og optimisme.

– Tid for pasienten.

– Vennlighet, sjenerøsitet, karisma, humor – alt det som sammenfattes i begrepet empati.

– Kontinuitet.

Utfordringen er å sørge for at helsepersonellet har «grepet». Det er nok delvis en personlig egenskap, men jeg tror at det kan læres gjennom praksis under veiledning av gode rollemodeller. Jeg tror dessverre at helsetjenesten legger mindre vekt på dette nå enn den gjorde da jeg var ung. Jeg hadde noen lærere som jeg så opp til, og i ettertid har jeg forstått at noe av det jeg beundret, var nettopp «grepet».

Kommunikasjon er helt sentralt for «grepet», og jeg er kommet til at helsetjenesten står og faller med kommunikasjon. Derfor vil jeg si litt om kommunikasjon.

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske «communicare», som betyr å gjøre felles. Derfor må begge parter være med i samtalen, men mange ganger har jeg som pårørende opplevd at helsepersonellet snakker *til* meg og ikke *med* meg.

Det gjelder å være til stede i samtalen og vise at akkurat her og nå har jeg bare denne ene pasienten i tankene, jf. disse ordene fra keiser Marcus Aurelius i boken *Til meg selv* (ca. 170 e.Kr.): «Tren deg opp til å høre det en annen sier med udelte oppmerksomhet, og sett deg inn i den talendes personlighet så vidt det er mulig» (12). Det føles aldri godt når man blir avspist med en stående samtale i gangen, og legen står og tripper og tydelig viser at han har langt viktigere ting i tankene enn deg.

Legen må hele tiden lytte til to stemmer – sykdommens stemme og personens stemme, og han må klare å ha to tanker i hodet: Hva slags sykdom er det, og hva slags person er dette?

Spesielt når pasienten er kronisk syk og/eller er en eldre person, foregår kommunikasjonen ofte over en avgrunn, og det er helsepersonellens oppgave å bygge bro over denne avgrunnen.

Jeg har lenge lett etter et forbilde for kommunikasjon, og en dag jeg leste eventyr for et barnebarn, kom jeg til at forbildet er Askeladden. Han har alt: Karisma, humor, vennlighet, godhet, og så har han grepet på gamle damer.

Dermed er jeg kommet til at svaret på spørsmålet om hvordan vi kan ta vare på det som var bra i den gamle helsetjenesten, må bli todelt:

– Dels må vi bevisstgjøre den enkelte om at han eller hun har «grepet» i sine egne hender, og utfordringen er å lære det og bruke det. Dette er spørsmål om utdanning og holdning.

– Dels må vi arbeide med systemfaktorene, slik at de fremmer «grepet».

Og jeg tror at «grepet» sparer både tid og ressurser.

To modeller for helsetjenesten

Jeg vil slutte med at jeg ser to modeller for helsetjenesten. De er hentet fra eventyret *Gjete kongens harer*. Det starter med at kongen avverterte etter en haregjeter. Det var selvfølgelig umulig å gjete harene, men det fantes et hemmelig våpen. *Det* eide en gammel kone som stod med nesen nede i en stubbe, og våpenet var en fløyte. Når man blåste i den ene enden, forsvant alle harene, og når man blåste i den andre, kom de tilbake igjen. Og her kommer de to modellene for helsetjenesten:

– Per-og-Pål-modellen: Per og Pål sprang forbi den gamle konen for å komme fort til kongsgården for å tjene seg rike. De fikk ikke fløyten, klarte ikke gjeterjobben, og kongen skar tre røde remmer av ryggen deres. Det de drev med, var kortsiktig innsats- og incentivstyrt økonomisentrert produksjon.

– Askeladden-modellen: Askeladden tok seg av den gamle konen, delte maten sin med henne, fikk fløyten, klarte gjeterjobben og vant prinsessen og halve kongeriket. Det han drev med, var langsiktig pasientsentrert helse- og omsorgstjeneste.

Det er mitt håp at vi vil velge Askeladden-modellen for fremtidens helsetjeneste.

Basert på foredrag ved årskonferansen for Senter for helseadministrasjon 13.1. 2001

Litteratur

1. Thomas L. The youngest science. Notes of a medicinewatcher. New York: The Viking Press, 1983.
2. Hjort PF. Fremtiden er lys – det er bare tre bekymringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 12.

3. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of historytaking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. BMJ 1975; 2: 486–9.

4. Lantos JD. Do we still need doctors? London: Routledge, 1997.

5. Statens helsetilsyn. Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998. Utredningsserie 7–99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

6. Statens helsetilsyn. Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999. Utredningsserie 8–99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

7. Norges offisielle statistikk. Helseundersøkelsen 1995. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999.

8. Spiro H. The power of hope. A doctor's perspective. New Haven: Yale University Press, 1998.

9. Hjermann I, Holme I, Byre KV, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Lancet 1981; 2: 1303–10.

10. Hellevik O. Nordmenn og det gode liv. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.

11. Keynes JM. Essays in persuasion. London: McMillan, 1933.

12. Marcus Aurelius. Til meg selv. Oslo: Grøndahl Dreyer, 1997.

○

Nostalgi

Johannisson K

Nostalgi

En känslas historia. 79 s. Stockholm: A. Bonniers förlag, 2001. Pris NOK 139
ISBN 91-0-057420-1

nostalgi (av gr. «hjemkomst») *hjemlengsel; lengsel tilbake til en tidligere del av ens liv eller en tidligere tid; romantisering av det forgangne.*

Så kortfattet og abstrakt omtales nostalgi i siste utgave av Store Norske Leksikon (1).

Begrepet har hatt et langt mer konkret og medisinsk innhold i tidligere tider. I 1678 forsvarte den unge sveitsiske legen Johannes Hofer sin avhandling om nostalgi i Basel. Med det ble et velkjent følelsesmessig fenomen gjort til et medisinsk problem og til et objekt for vitenskapelig analyse. Hofer fastslo at sveitsiske ungdommer som dro utenlands som soldater eller studenter, bokstavelig talt ble syke av hjemlengsel. Tidlige sykdomstegn var isolasjonstendens, melankoli, søvnvansker og nedsatt matlyst. Etter hvert oppstod apati og feber og en rekke mer eller mindre dramatiske symptomer. Prognosen var dyster og dødelig utfall forekom ikke sjelden. Midlertidig kunne plagene lindres med årelating, søvnmiddel og febernedssettende

medikamenter, men det fantes bare en virkelig behandling: hjemsending.

Karin Johannisson ser denne måten å oppfatte nostalgi på som en del av den medikaliseringsbølge som rullet over Europa på 1600-tallet. I denne boken gjennomgår den produktive og velformulerte svenske professoren i idéhistorie i Uppsala nostalgis historie og utvikling. Fra å ha vært en medisinsk diagnose ble nostalgi på 1800-tallet et sosial fenomen, og i løpet av de siste 100 årene har begrepet tapt status som en ekte følelse. I dag brukes ordet nesten bare i overført betydning og oftest litt nedlatende om noe eller noen som ikke helt henger med i den akselererende utviklingen.

Men nostalgibegrepet finnes fortsatt i den medisinske litteratur. I Tidsskriftet har jeg funnet to artikler om nostalgi fra de siste tiårene. I 1961 beskrev Halvor Sandelien nostalgi hos gamle (2). I alders- og sykehjem og i geriatrike avdelinger er noe av det vanskeligste å gi opp håpet om å komme tilbake til hjemmet, til sine nærmeste og sine kjære eiendeler. «Det er blitt sagt at mens de unges problem er «å finne seg selv», er det de gamles bekymring hvordan de skal unngå «å miste seg selv»», skriver Sandelien (2). Karel Danek belyser mange av nostalgis ytringsformer gjennom tidene i en artikkel i 1988 (3). Han understreker at menneskets bindinger ikke bare

gjelder det fysiske hjem, men like mye den kulturelle opprinnelsen gjennom språk og litteratur. Danek anbefaler «biblioterapi». Gjennom lesning kan nostalgien dempes og han hevder at for hver nostalgi finnes det et dikt.

Kanskje er Johannissons bok i seg selv et terapeutikum. Det gjør i hvert fall godt å lese bøker som setter ord og fenomener inn i en sammenheng. Mennesket er nemlig stort sett det samme i dag som på Hofers tid på 1600-tallet. «Menneskenes hjerter forandres aldeles intet i alle dage», som Sigrid Undset formulerte det. Det er alt omkring oss som har endret seg. Deriblant altså vår forståelse av nostalgi. For nostalgien eksisterer fortsatt som en lengsel etter noe vi har forlatt, noe trygt og godt som vi savner. Karin Johannisson viser gjennom denne boken hvordan følelser har sin egen historie. Dette er ikke bare lærerik og perspektivrik lesning, det er også fascinerende og morsomt.

Magne Nylenna
Tidsskriftet

Litteratur

1. Aschehoug og Gyldendals Store Norske Leksikon. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1998.
2. Sandelien H. Nostalgi hos gamle. Tidsskr Nor Lægeforen 1961; 81: 1669–73.
3. Danek K. Nostalgis historie ikke bare tre hundre år. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 3217–21.

