

Gjensidig respekt heller enn omsorgsfull godhet

Sammendrag

Ressursmangel er det viktigste årsaksforhold og ressursøkning den viktigste politiske løsning når problemer i helsevesen og omsorgstjenester omtales i mediene. I denne kronikken tviler forfatteren på at slike løsninger kan bedre helse og ivaretagelse i vårt samfunn. En intensjon om *mer* godhet og *mer* omsorg kan representere et selvforsterkende bidrag til tapt selvrespekt og økt avhengighet og sykelighet. Mer enn å etterlyse ressurser må vi kanskje lete etter alternativ selvforståelse og praksis i omsorgsyrkene. Artikkelen beskriver en hjelperolle som mer bygger på gjensidig respekt enn godhet, for å unngå sykeliggjøring og krenkelse av individer som søker hjelp. For å få dette til må hjelperen etter spørre bidrag fra den som søker hjelp.

Basert på foredrag under Rosendal-seminaret 2005

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Eivind Meland

eivind.meland@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Kalfarveien 31
5018 Bergen

Sensommeren 2004, etter innføringen av de nye reglene for vurdering av arbeidsførhet under sykdom, kom en vel 50 år gammel pasient til meg og bad om friskmelding. Han hadde gått sykmeldt i 3/4 år på grunn av myalgiske nakke- og skulderplager og var under bedriftsintern attføring. Det var imidlertid fare for at denne virksomheten var mest som skuebrød å regne da det fantes få eller ingen faste stillinger innen denne virksomheten i bedriften. Jeg var redd for at jeg var i ferd med å føre pasienten inn i en trykdefelle med varig trygding som resultat. Hans begrunnelse for å be om friskmelding for å starte opp i sitt tidligere arbeid, var at «regjeringen ønsker at vi skal arbeide».

Historien illustrerer hvor følsom selvfortolkning er for kulturelle og politiske strømninger. Vi har medansvar for hvordan vi former historiene om oss selv i et menneskelig fellesskap enten vi opptrer som leger i enkeltkonsultasjoner, som forskere og forskningsformidlere eller som journalister og politikere. Som leger har vi ikke bare ansvar for å behandle sykdom og lidelse, men vi bærer et medansvar for hvordan vi fortolker oss selv og for hvordan våre pasienter fortolker seg selv. Derfor er det viktig at medisinen videreutvikler sin vitenskapelige basis fra et snevert naturvitenskapelig ståsted til et biopsykososialt og narrativt ståsted (1, 2).

Mer er ikke bedre

Helsevesen og omsorgstjenester kan ikke løse alle sosialpolitiske og medisinske utfordringer vi står overfor. Det er et optimalt nivå for slik tjeneste. Overskrides dette nivået, representerer medisinen og omsorgstjenester knyttet til denne, en form for bjørnetjenester. Medisinsk ideologi som begrenser sitt perspektiv til undersøkelse og behandling, har nemlig en iboende mekanisme til å «bite seg selv i halen». De tilstander det intervenseres mot, blir mer prevalente og attraktive (3). Attraksjonen regisseres av medisinalindustri, av forskningsmiljøer, av pasientforeninger, av den medisinske profesjon og av enkeltpasienter. Sykdomsattraksjonene virker så vel på et kulturelt som på et individuelt læringspsykologisk nivå, og kan føre til redusert subjektiv helse (1, 4).

I medisinen som ellers i livet er ikke *mer* alltid *bedre*. For eksempel er det vist at i stater i USA der man har overkapasitet på kransårekirurgi, er dødeligheten av koronar-sykdom høyere enn i stater med lavere kapasitet (5). Kritikere peker på at en for potent medisinsk industri bidrar til mer bekymring og invaliditet, mer unødvendig behandling, flere medisinske feil og mer bivirkninger og skadevirkninger (3, 5). Folkehelseperspektivet, slik det blant annet fremstilles av Evans og medarbeidere, innebærer at helsen er mer avhengig av gjensidig respekt og deltakelse enn medisinsk potens (3).

Disse motsetninger antyder nødvendige endringer i omsorgskulturen og den måten vi tenker om helsepolitikk. Én av grunnene til at slike endringer er vanskelige å få til, er

at når godheten konstituerer seg som god i full offentlighet, blir personer, initiativer og institusjoner med en slik merkelapp udiskutable, uavhengig av effekten av tiltakene. Blir man en del av denne «godhetsdiskursen» setter man regien og bestemmer grensene for hva som er sant. Godhet som er synlig og anerkjent i offentlighet, kan imidlertid lett korrumpes. En slik godhet forutsetter en asymmetrisk relasjon mellom den gode og den som defineres som offer. Det positive element i en slik relasjon er anerkjennelse av behov for hjelp, men avhengighet kan også representere en trussel mot selvrespekten. I kritikken av dette godhetsregimet, er det også tydelig at grensen mellom formyndersamfunn i samaritansk forkledning og nyliberalisme er hårfin (6). Å tydeliggjøre et felles ansvar for selvrespekt, kan nemlig lett tolkes som avvist og «vær din egen lykkes smed»-ideologi.

I de vesteuropeiske samfunn eksisterer det stort sett politisk konsensus om hovedinnholdet i velferdspolitikken. Den amerikanske sosiologen Richard Sennet mener at denne politikens hovedeffekt har vært å gjøre avhengigheten mer offentlig respektabel. Sennet vokste selv opp i Chicagos fattigkvarterer med en enslig mor som var sosialarbeider. Selv om avhengigheten ble mindre offentlig belastende, hevder han at også den institusjonaliserte distanse korrumpes. Hans hovedanke mot vestlig moderne velferdspolitik er at den ikke fremmer autonomi og selvrespekt. Ytelser som med automatikk utløser støtte ved sykdom eller symptomer, utfordrer vårt selvbylde og vår prognose (7).

Ytelser må ifølge Sennet være basert på medfølelse. Det er fundamentalt for mennesket å bli sett og anerkjent av andre. Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende er imidlertid asymmetrisk og vil være preget av avhengighet. Hvordan vi kan fremme selvbestemmelse og gjensidig respekt i en relasjon preget av ulikhet og asymmetri er Sennets hovedanliggende. Sennets svar på denne utfordringen er at hjelperen må spørre etter bidrag fra den som søker hjelp. Grunnleggende for den menneskelige respekt er gjensidighet, hevder han (7). Slik går det en forbindelseslinje mellom Sennets sosiologiske marginaliseringsanalyse og folkehelseperspektivet til Evans og medarbeidere (3).

Gjensidighet og dialog

Sennet undersøker hvordan slike bidrag kan la seg realisere i moderne samfunn. Han understreker at moderne fattigdom også består i tapte relasjoner og manglende samhandling med medmennesker. Gjensidigheten kan ikke forutsette likhet eller gjensytelse i form av prestasjon. Prestasjon og kyndighet produserer ikke sosial samholdighet, tvert imot, hevder han. Det er derfor forskjell på Sennets kritikk mot vestlig omsorgs- og velferdspolitik og den kritikk som Høyres Torbjørn Røe Isaksen fremmet i Morgenbladets spalter i sommer (6). Isaksens kritikk forutsetter ytelse og selvstendighet som grunnlag for selvrespekten. Et slikt perspektiv kan lett få som konsekvens en ytterligere ulikhet i en amerikanisert prestasjonskultur.

I en verden preget av ulikhet må den gjensidige respekten bygges på annet enn prestasjon. Såkalt primitive kulturer bygget broer over de sosiale ulikhetene med rituelle handlinger. De nordamerikanske indianerne hadde forskjellige former for «give away parties». Gavene var ikke av samme verdi objektivt sett, men giveren skulle gi fra seg noe som personen selv verdsatte. Slike ritualer var derfor ikke bare billedlige for evnen til gjensidighet, men også for evnen til å miste (8). Sennet er etter min oppfatning for beskjedne når han ikke foreslår tilsvarende ritualer i vår kultur. Et betimelig økumenisk initiativ kunne ha vært å endre innholdet i gaveritualene ved julehøytiden for å romme den indianske visdom om evnen til å tåle tap. I stedet for å stimulere til havesyke og egoisme, kunne nye ritualer stimulert bedre til gjensidighet ved å introdusere ydmykhet i utveksling av gaver.

Sennet identifiserer *dialogen* som den fremste arena for rituell utveksling av respekt. Hjelperen må etterspørre deltakelse og bidrag i utveksling av narrativer (7). Her er Sennet helt på linje med den etikk som følger i kjølvannet av narrativ medisin (2, 9).

Vi er kommet i et velferdspolitisk uføre blant annet fordi vi forveksler autonomi (selvbestemmelse) med selvstendighet (uavhengighet) og selvrespekt med prestasjon. Vi må ha som utgangspunkt at som mennesker er det mulig å være selvbestemmende samtidig som vi er gjensidig avhengige. Autonomi i betydningen selvinitiering og selvbestemmelse er et menneskelig grunnvilkår. Ved at vår kultur ikke forstår denne forskjellen blir relasjoner (det å vise sin avhengighet) vanskelige, fordi de oppfattes som en trussel mot egen integritet. For hjelperen er dette også et problem fordi vi ikke forstår hjelp som en assistanse til autonomi. Vi fratar folk deres selvbestemmelsesevne, og omsorgstjenestene drukner i den hjelpeløshet som vi selv skaper.

I vår kultur finner vi også en sterk forbindelse mellom prestasjon og selvrespekt. Selvrespekten må imidlertid være primær i forhold til prestasjon, og være knyttet til eksistensen som menneske. Når Knud Løgstrup hevder at i ethvert møte med et annet menneske holder du noe av den andres liv i dine hender (10), kan dette kanskje virke som en invitasjon til grenseløs omsorg og ansvarsfraskrivelse. Det er det ikke hvis vi, som Løgstrup (1905–81), lar være med å forveksle «å hjelpe» med «å behage».

Løgstrups etikk

For Løgstrup og Sennet er autonomi et relasjonelt begrep mer enn et individuelt. Det er ensbetydende med den gjensidige respekt vi skal vise overfor det hos hverandre som vi ikke forstår. Løgstrup kaller det respekt for erkjennelsesensomheten eller nærhetssonen (10). Det er grunnleggende for gjensidig respekt at vi ikke invaderer nærhetssonen med mistanker mot den andres motiver, men viser ærefrykt for disse. Men en slik ærefrykt blir destruktiv hvis vi ikke evner med frimodig nysgjerrighet også å invitere den andre til å redegjøre for sine motiver og gir hverandre tillatelse til meningsutveksling. Respekt må stå i et spenningsforhold til frimodighet.

Det karakteristiske med utfordringene i hjelperelasjonen og velferdspolitikken er nettopp at de er motsetningsfylte. Idealisering og forsterkning av offerstatus i offentlighetens lys representerer en form for synliggjøring, men medisinen og mediene leverer unødvendig store bidrag til dysfunksjonell selvforståelse fordi både offerrollen og godheten er udiskutabel og absolutt. Det er nødvendig å møte hjelpetrengende som individer, men overdrivelser med hjelperelasjoner preget av pseudovennskap og sentimentalitet, kan sementere lidelse.

Løgstrups etiske filosofi har stor relevans for en medisin og en velferdspolitikk som anerkjenner ansvarlighet for hvordan selvrespekt utvikles som meningsbærende historier både på det individuelle og det sosiale nivå. I likhet med Sennets autonomiforståelse, er Løgstrups etiske filosofi grunnlagt på et gjensidig og komplementært syn. Han tar høyde for det motsetningsfylte, og understreker at alt liv er avhengig av å fortolkes i motsetningsfylte og gjensidig betingede spenningsforhold. Han var selv teolog, men tok avstand fra «kristen etikk». Han var en talsmann for medfølelse og medansvar. Medansvaret er navnløst og uten eiere fordi det tilhører de spontane livsytringer, hevdet Løgstrup. Basis for denne etikken er mer allmennreligiøs enn kristen. Løgstrup har som metafysisk utgangspunkt at tillit har forrang foran mistillit i det menneskelige liv. Han hevder at den gjensidige avhengigheten i alt liv er en empirisk erfaring, men at opplevelsen av at livet er

skjenket oss alle og innebærer takknemlighet uten betingelser, er basert på et nødvendig moralsk valg (10, 11).

Denne kronikken startet med en erfaring knyttet til de nye reglene for vurdering av arbeidsførhet ved sykdom. Den største betydning av denne reformen er at den forplikter legene og partene i arbeidslivet til å gjenetablere en dialog om hvilke konsekvenser sykdom skal ha. De automatiske historier om funksjonsbortfall ved sykdom kan nå erstattes med en dialog om hva som er rimelig å få til. I en slik dialog må vi ivareta respekt for våre medmennesker, men vi må også gi hverandre rom for den frimodighet som skal til for å utfordre absolutte og rigide selvfortolkninger som kan være knyttet til sykdom. Vi skal også utfordre arbeidsgivere som bruker trygden som tilvisningsinstans for arbeidstakere de ikke ønsker. Kanskje vi kan si at denne sosiale reformen etablerer et ståsted for en ny, narrativ sosialmedisin i Norge? Vi trenger flere slike reformer og flere forkjempere for en slik tenkning i norsk medisin. Ikke minst trenger vi en sosialpolitisk reform som kan hindre at ungdom varig trygdes før de får noen som helst erfaring med arbeidslivet.

Manuskriptet ble godkjent 2.11. 2005.

Jeg takker deltakere og foredragsholdere på Rosendal-seminaret 2005 for nyttige diskusjoner og avklaringer.

Litteratur

1. Stubhaug B. Smerteplager og sjukdomsátferd. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2378–9.
2. Launer B. Narrative-based primary care: a practical guide. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2002.
3. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not. New York: de Gruyter, 1994.
4. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. Psychoneuroendocrinology 2004; 29: 567–92.
5. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? JAMA 1999; 281: 446–53.
6. Isaksen TR. Svakhetsens moral. Morgenbladet 24.6.2005.
7. Sennett R. Respect in a world of inequality. New York: Norton, 2003.
8. Storm H. Lightningbolt. New York: Ballantine Books, 1994.
9. Frich JC. Medisin som litterær virksomhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2474–6.
10. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: Cappelen, 2000.
11. Løgstrup KE. System og symbol. København: Gyldendal, 1983.