

Når menneske vert «kalkulerbare ting» – om Skjervheim si tenking og geriatrisk helseteneste

Michael 2010; 7: 190-7.

Den norske filosofen Hans Skjervheim er mellom anna kjend for sine tankar om dialog mellom menneske. Vi tek utgangspunkt i delar av Skjervheim si tenking og drøftar korleis filosofisk tankegods kan vera relevant og opplysende i dagens kliniske kvardag. Vi brukar ei erfaring frå ein geriatrisk pasient sitt møte med helsetenesta som eksempel og omdreiingspunkt i diskusjonen.

Dialogen i helsevesenet i lys av Skjervheim si tenking

Den norske filosofen Hans Skjervheim (1926–1999) «var samtala sin mann» (1, s. 24), ein av pionerane i samfunnsfilosofi og vitskapsteori i det første hundreåret. Han var med på å gjera filosofien til ein levande del av dagleglivet vårt ved å flytta den ut i det offentlege rommet (2). Det er sagt om Skjervheim at han var «en venn av den annens tanke» (3, s. 21).

Skjervheim sine filosofiske tekstar er omfattande. Vi vil difor avgrensa diskusjonen med å sjå på ein del av Skjervheim sin filosofi, det såkalla *symmetriprinsippet* si betydning for dialog. I diskusjonen vil vi ta utgangspunkt i møte mellom den gamle pasienten og helsearbeidaren. Vi ynskjer å utforska spenningar og utfordringar i møte mellom helsepersonell og den gamle pasienten, og å drøfta på kva måte Skjervheim si tenking kan rettleia oss i slike komplekse møte.

Skjervheim og dialogen

For å få eit grep om Skjervheim si utlegging om symmetriprinsippet og ulike former for dialog, skal vi først visa til det grunnlaget denne tenkinga

er bygd på. Skjervheim sitt utgangspunkt er ein kritikk av vår forståing av korleis vi kan skaffa oss kunnskap om den sosiale verda. Den kritikken er spissformulert i omgrepet det «instrumentalistiske mistaket» (4). Med metaforen «det instrumentalistiske mistaket» får Skjervheim oss til å forstå at ein instrumentell tenkjemåte fungerer godt når vi utforskar naturprosessar eller arbeider med naturprodukt som tre og stål, men at ei slik tilnærming vert eit mistak når det er tale om å få kunnskap om det tenkjande mennesket. Sentralt i kritikken hjå Skjervheim var at det er feil å bruka dei prinsippa som gjeld i naturvitskapane når ein skal studere menneske. Dersom vi overser skiljet mellom menneske og teknologi, kan vi enda med å «plassera alle andre som faktorar i vårt reknestykke; andre vert for oss kalkulerbare ting» (4, s. 247). Eller sagt på ein annan måte, *andre* vert for oss *objekt*. Skjervheim sitt poeng, slik vi forstår det, er at i møte med *menneske* må vi tenkje på ein annan måte enn i møte med *ting*.

Det er denne «andre» måten å tenkja på som kjem til syne om ein tek utgangspunkt i symmetriprinsippet til Skjervheim. Symmetriprinsippet handlar om at «det som gjeld for meg gjeld også for deg, med mindre det er klare grunnar til noko anna» (5, s.54). Eit slikt prinsipp får konsekvensar for måten vi menneske er i dialog med kvarande på.

Skjervheim gjer greie for måtar vi kan møte kvarandre på gjennom det han kallar ein *tre-ledda* relasjon. I ein *tre-ledda* relasjon inngår tre element, den andre, eg og saka. *Eg* og *den andre* er subjekt og det objektet vi har til diskusjon er *saka* eller problemet. Eg tek del i og let meg engasjera av den andre sine vurderingar av problemet. I ein slik dialog er vi begge med-subjekt og likeverdige dialogpartnarar. Eg og den andre er felles om noko tredje. Å ta den andre alvorleg er det same som å vera viljug til å ta meiningane hans opp til ettertanke, eventuelt til drøfting (4).

Ein *to-ledda* relasjon kan oppstå på fleire måtar og av ulike grunnar. For det første, dersom det ikkje er symmetri mellom dialogpartane, er det fare for at den eine kan fortolka den andre som objektet i staden for å sjå sjøve saka som objektet (4). Då har vi eigentleg alt på førehand objektivert den andre. Dermed er det ikkje lett å ta det han seier alvorleg. Ei slik tolking av ein annan person hindrar utvikling av den *tre-ledda* dialogen, der vi er i dialog om saka. For den andre kan ein *to-ledda* relasjon oppstå dersom eg ikkje let meg engasjera av problemet, eller bryr meg om saka det vert samtala om, eg berre konstaterer det den andre seier som eit faktum (4). Å gjera den andre sine meiningar til fakta er også ein måte å objektivere den andre på. Denne objektiveringa oppstår fordi vi ikkje er i ein reell dialog om ei sak.

Skjervheim (4) hevdar vidare at om den *to-ledda* dialogen vert dominerande, går ein til åtak både på den andre sin fridom til å ha sine meiningar

og sine vurderingar, og på sjølvforståinga hans. Ein skjønar seg betre på den andre enn den andre skjønar seg sjølv, ein skaffar seg herredøme. Dersom den andre freistar å ta att, vert det ein strid om herredømet. I ei to-ledda samtale vert påstandane til den som har herredømet fakta, dermed er det ikkje interessant å engasjera seg i den andre sine meiningar om saka.

Problemet i ein to-ledda dialog er ikkje berre at ein objektiverer den andre og ikkje engasjerer seg i saka. I følgje Skjervheim fører objektiveringa av den andre også til ei objektivering av ein sjølv (6). Å objektivera eit anna menneske gjev ei form for bumerang-effekt, der det å sjå på eit medmenneske som eit objekt i neste omgang treffer ein sjølv. Dermed får ein eit dobbelt trugsmål mot samtala om saka.

Eit eksempel

For å utforske korleis Skjervheim sine tankar om dialog er relevante i dagens helsevesen, skal vi ta utgangspunkt i eit eksempel frå klinisk praksis. Dømet er konstruert, men inneheld nokre typiske element som vi har erfaring for har skjedd og skjer i dagens helsevesen.

Hanna Olsen på 85 år vert innlagt på medisinsk avdeling fordi ho dei siste dagane har hatt korte episodar av forvirring, spesielt om natta. Fru Olsen har litt feber, og i avdelinga vert det oppdaga ein infeksjon i kroppen. Ho vert behandla for denne og det vert bestemt utreise etter eitt døgn i avdelinga. Fru Olsen har siste året «tapt seg litt» som ho sjølv uttrykkjer det. Då pårørande kjem til avdelinga for å følgje mora heim, er ho fortvila, oppkava og vil «fortast mogeleg komme seg heim». «Eg har aldri vore skuleflink», seier ho, og fortel at ho kjenner seg heilt mislykka som ikkje klarer å telje baklengs frå 100 og stava eit enkelt ord baklengs. Det viser seg at før utreise har fru Olsen gjennomgått ein mini-mental status evaluering (MMSE).

Denne korte forteljninga kan analyserast på fleire måtar, for eksempel i lys av geriatrik medisin og pleiefagleg kunnskap om eldre, eller den kan føra inn i ein diskusjon om bruken av MMSE som diagnostisk verktøy. Desse diskusjonane skal vi la liggja, og konsentrera oss vidare om ei drøfting av grunnlaget for dei trugsmåla mot dialogen forteljninga ber i seg, både for pasienten og for helsearbeidaren. Vi vil i diskusjonen fletta inn refleksjonar om korleis ein kan leggja til rette for ein tre-ledda dialog.

Tek vi utgangspunkt i forteljninga, kan det sjå ut som om denne pasienten føler seg krenkt på ein eller annan måte. Krenking er ei negativ kjensle som står i sterk kontrast til helsetenesta sitt mål om å bidra til helse og heilbreding og til å lindre lidning. Korleis kan slike situasjonar oppstå? Kva kan vi forstå

om eigen fagutøving om vi let denne situasjonen verte gjennomlyst av Skjerheim sitt tenkjesett?

Pasient og gamal – ein dobbel trussel mot dialogen

Om vi tek utgangspunkt i Skjervheim sin språkbruk, kan denne situasjonen tolkast som eit eksempel på ein to-ledda kommunikasjon der fru Olsen vart gjort til eit objekt som skulle testast ut. Tanken bak var truleg den beste, å sikra så god helseteneste til fru Olsen som mogeleg var. MMSE-testen skulle kunna avdekkja opplysingar om tilstanden hennar. I denne situasjonen var «saka» fru Olsen sin helsetilstand, og ideelt sett skulle den som utførte testen og fru Olsen vera i ein likeverdig dialog om denne «saka». Truleg var det ikkje ein slik likeverdig dialog der fru Olsen si forståing for situasjonen vart lytta til, forstått og teken på alvor. Kanskje var det heller slik at helsearbeidaren definerte «saka» og korleis dei skulle skaffa seg kunnskap om den. Pasienten vart dermed brukt som middel for om mogeleg å avdekkja ein diagnose. Kanskje var det heller ikkje eit engasjement i sjølve saka, berre ei jakt på å stadfeste eit faktum ved hjelp av ein test.

Når ein slik situasjon kan oppstå i norsk helsevesen, kan vi forstå dette på fleire måtar. For det første kan det handla om at det å vera pasient i seg sjølv inneber å vera i eit asymmetrisk forhold til helsearbeidaren. Helsepersonell har i kraft av sine kunnskar ein «overordna» posisjon. Det skal dei sjølv sagt ha, helsepersonell utan fagleg kunnskap er ingen tent med, men det betyr ikkje at helsearbeidaren som menneske er pasienten overlegen. Som dialogpartnarar er dei likeverdige.

Om fokus vert retta mot *saka*, der to subjekt, pasienten og den tilsette saman drøftar *saka*, kan helsearbeidaren sin kunnskap verta formidla til pasienten og verta korrigert av det som han eller ho veit om seg sjølv og sin eigen helsetilstand. Let vi Skjervheim rettleia oss her, har vi høve til å utvikla haldningar som rettar seg mot saka, der pasienten kan vera ein dialogpart i diskusjonen. I eksempelet med fru Olsen kunne dette innebera ei samtale der ho opplevde unik interesse for kva ho tenkte og meinte om situasjonen sin. Ho hadde sjølv opna opp for ei slik samhandling ved å fortelja at ho hadde tapt seg i det siste. Det kunne gje opning for ei samtale om kva ho meinte med ei slik utsegn. Ved å lytte til fru Olsen sine forteljingar om kva ei oppleving av å ha tapt seg innebar for henne, kunne «saka» vore sett frå fleire sider.

Nyare forskning tyder på at ein slik måte å vera på overfor pasienten er vanskeleg og krevjande. I ein studie av forholdet mellom sjukepleiar og pasient viser Zoffman og Kirkevold (7) at sjukepleiaren samhandlar med pasienten på tre ulike måtar, der berre den eine måten kalla «I-you sorted

mutuality» inneber ei samhandling om «saka». Den vanlegaste måten å samhandle på er enten som distansert helsearbeidar eller med ei form for utydeleg sympati (7) der «saka» ikkje får forrang.

For det andre kan dette handla om at det å vere gamal ytterlegare forsterkar asymmetrien mellom helsearbeidar og pasient. Den svenske sosiologen Tornstam (8) hevdar at vi har ein tendens til å sjå ned på eldre og oppleve deira vurderingsevne og kunnskap som utdatert. For å halda oss i Skjervheim sin språkbruk, kan vi seia at når ein som helsearbeidar står overfor ein gamal pasient, kan ein koma i skade for å tenkja at det som gjeld for meg *ikkje* gjeld for deg, fordi du er gamal og tenkjer og handlar annleis. Om dette stemmer, er det å vera geriatrisk pasient ein ekstra trussel mot dialogen om «saka».

For å halda fast på «saka» krev dette at helsearbeidaren har eit gjennomtenkt forhold til eigne haldningar overfor eldre og alderdom. Det inneber at helsearbeidaren lyttar og gjer sitt beste for å forstå den gamle sitt tankesett og måte å formidla seg på. Det krev at helsearbeidaren forstår at det som gjeld for den gamle, er å bli behandla som eit likeverdig menneske, sjølv om dei tenkjer og handlar på måtar som ikkje alltid stemmer overens med det yngre menneske oppfattar som «rett». Om ein i slike tilfelle kunne rette merksemda mot sjølve «saka», ville det at ein har framfor seg ein eldre person komme i andre rekkje, verta mindre viktig. Sagt på ein annan måte: Skjervheim si tenking kan hjelpa oss til å sjå appellen frå «saka» og dermed setja til side ei generell negativ haldning til eldre.

Ein to-ledda dialog – ein trussel mot kompetansen til sjukepleiaren?

Så langt i diskusjonen har vi prøvd å visa kor fort gjort det er at ein dialog kan bli to-ledda, og dermed gjera pasienten til eit objekt (4). Problemet har så langt berre sett ut som eit problem som er gyldig for pasienten. Dette stemmer ikkje slik Skjervheim legg ut konsekvensen av ein to-ledda dialog. Som tidlegare nemnt er objektivisering av den andre, ifølgje Skjervheim, også ei objektivisering av ein sjølv. Med andre ord er det like stor fare for at også helsearbeidaren vert eit objekt. Problemet er at objektiviseringa av helsearbeidaren ikkje er like synleg, fordi ein helsearbeidar alltid har herredøme på grunn av kunnskap og makt i situasjonen.

Å ha herredøme inneber at ein frårøvar seg høvet til å ta lærdom av møtet med den andre. Først når eg tillet meg å verta engasjert, opprørt, glad eller nedtrykt av menneskas tiltale, vedkjem den andre meg. Først når den andre vedkjem meg, kan eg gjera meg håp om å forstå. Eg må stilla meg open for inntrykk, slik at den andre kan *gjera* inntrykk (9, s. 181).

Skjervheim oppfattar nettopp det å vera engasjert som ein grunnstruktur i det menneskelege tilværet, og meiner at «avlysing» av engasjement medfører at vi misser vesentleg kunnskap. Slik vi tolkar Skjervheim, er hans sentrale bidrag å klargjera forholdet mellom det objektive og det subjektive, og å vise kor nødvendig den subjektive tenkjemåten er når vi skal freista å forstå eit anna menneske.

Tek vi utgangspunkt for eksempel i sjukepleiefaget, har ambisjonen om profesjonalisering gjennom vitskapleggjering vore framtrudande dei siste åra. Å fremma objektiv kunnskap har vore eit viktig vegval i så måte (10, s. 25). I dei seinare åra har vi sett eit auka påtrykk om evidensbasert klinisk praksis, ikkje minst gjennom intensivert satsing på forskingsbaserte retningslinjer, vegleiarar og standardiserte behandlingsprogram (10; 11). No er ikkje vårt poeng her at objektiv kunnskap er unyttig eller lite brukbar, til sitt bruk er den heilt naudsynt. Problemet melder seg først når slik kunnskap får så stor plass at den ikkje gjev rom for den subjektive kunnskapen eller tenkjemåten. Ekland (10) åtvarar mot denne utviklinga, der behandlingsrelasjonane kan endra seg frå å vere kommunikative og dialogiske, til å bli instruerande og monologiske.

Det er nettopp her Skjervheim sine tankar om den tre-ledda dialogen kjem inn som eit fagleg korrektiv. Skjervheim får oss til å forstå kor viktig det er å samtala med den som har «problemet», for å utvide vårt faglege fundament som helsearbeidarar. Om vi berre gjer bruk av den to-ledda dialogen, går vi glipp av viktig kunnskap, og grunnlaget for handlingsval kan bli for skrint eller direkte feil.

Skjervheim og geriatri

Dei siste tiåra har vi i norsk helsevesen hatt sterke politiske føringar med utgangspunkt i tenkjemåtar om «brukaren i sentrum» og «brukarmedverknad». Ein slik tenkjemåte ber med seg ei rekkje premisar, mellom anna ein aktiv, sjølvstendig og «kompetent» brukar. Desse tenkjemåtane er mellom anna nedfelt i pasientrettighetslova, der ein gjennom lovverket har freista å styrka pasienten sin rett til medverknad (12).

Til tross for slike nye ideologiske vendingar viser forskning at ekspertvurderingar har ein tendens til å få forrang framom eldre brukarar sine egne oppfatningar, både på sjukehus (13) og i heimetenestene (14). Sjuke, gamle pasientar har ofte vanskeleg for å fremma krav og å setja fram ønske og behov. Mange eldre «tillempar» seg, dei er vane med å ta til takke med lite. Held vi oss i Skjervheim sin språkbruk, kan vi hevda at denne forskinga viser kor lett det er å blanda saman brukaren og saka når ein har med eldre menneske å gjera. Konsekvensane vert at ein handsamar subjekta som om

dei var objekt, og då kjem ein «ikkje berre på kant med etikken, det blir også dårleg hjelp av det, og umyndiggjering meir enn myndiggjering», slik Ekeland og Heggen (15, s. 26) så treffande formulerar det.

Impulsane frå Skjervheim tykkjest vera særst relevante i ei tid med aukande tal hjelpetrengjande eldre, mange av dei med såkalla «uløyselege» problem, det vera seg språkvanskar, uro og endra sjølvbilete - problemstillingar som set store krav til helsearbeidarens evne til samhandling. Menneska har ulike perspektiv på ting, og for å kunne forstå den andre, må vi ta den andre sine påstandar på alvor. Eit subjekt må kunne halde seg til eit anna subjekt, uttrykte Skjervheim (4). Då trengs ein tre-ledda dialog.

Skjervheim aktuell i geriatrisk praksis i dag

Etter mange års arbeid med geriatriske problemstillingar trur vi det er vanskeleg eller umogeleg å utvikla seg sjølv som fagperson utan at ein set seg i situasjonar som engasjerer. Lar ein seg engasjera av saka, som i kortform handlar om å betra helse og lindre lidning, vil også det geriatriske fagfeltet verta ei spanande fagleg utfordring.

Dialogen med eldre vil utfordra helsearbeidaren til å sjå livet til dei gamle i dag i lys av dei mange forteljingar som dei ber med seg. Til liks med mange av tenkjarane innan humaniora kjem Skjervheim med verdifulle innspel, slik at pasienten, mennesket, kan få trå fram og komme til orde. Såleis vil Skjervheim si tenking om mellommenneskelege relasjonar vere eit vesentleg grunnlag og danne eit viktig tilskot til helsefagleg praksis også i dag.

Litteratur

1. Martinsen K. *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe, 2005.
2. Hellesnes J. *Den siste årtvinga frå Hans Skjervheim*. Kronikk av Jon Hellesnes i Morgenbladet 26.02.1999. Henta 17.03.06 frå <http://www.lende.no/skjervheim/>
3. Aarnes A. Hans Skjervheim og norsk filosofi. I: Skjervheim, H. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug, 1996.
4. Skjervheim H. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug, 1996.
5. Søreboe JI. Reparasjon eller kommunikasjon? - Pasient og behandlar i filosofisk perspektiv. I: Ekeland T J, Heggen K. *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
6. Skjervheim H. *Mennesket*, Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
8. Tornstam L. *Åldrandets sosialpsykologi*. Stockholm: Norstedts akademiske förlag, 2005.
7. Zoffman V, Kirkevold M. Relationships and Their Potential for Change Developed in Difficult Type 1 Diabetes. *Qualitative Health Research* 2007; 17(5): 625–38.
9. Aadland E. «Og eg ser på deg...». *Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.

10. Ekeland T J. *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr. 6/2004. Høgskolen i Oslo, 2004.
11. Nortvedt B, Grimen H. *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal, 2004.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om pasientrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Henta 02.09.07 frå: <http://www.lovdatab.no/all/nl-1999-07-02-63.html>
13. Efraimsson E. *Vårdplaneringsmötet: en studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare*. Umeå: Umeå universitet, 2005
14. Hegli T, Foss C. De «tapte» forhandlinger – Eldre ektefellers erfaringer med medvirkning i møte med hjemmesykepleien. *Vård i Norden*. 2009; 29 (2), s.23 – 27
15. Ekeland T, Heggen, K. *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.

Toril Midtbø
Høgskulelektor, Cand. i sykepleievitenskap
Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for Helsefag
Postboks 523, 6803 Førde
toril.midtbo@hisf.no

Solveig Hauge
Førsteamanuensis, PhD
Universitetet i Oslo, Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
0318 Oslo

og

Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag
Postboks 523, 6803 Førde
solveig.hauge@medisin.uio.no