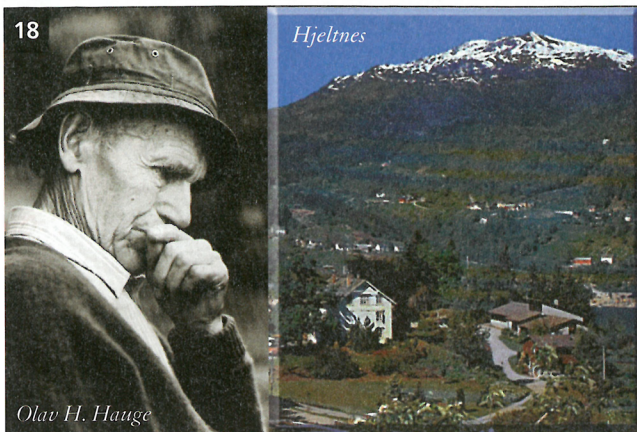




Olav H. Hauge

ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

«Du bur under bergfall»

Katastrofer – skyld og ansvar

AV IVAR SKEIE

UNDER BERGFALLET

Du bur under bergfall.
Og du veit det.
Men sår din åker
og trør trygt ditt tun
og lèt dine born leika
og legg deg
som inkje var.

Det hender,
når du stør deg til låen
ein sumarkveld,
at augo sviv som snarast
yver bergsida
der dei segjer
sprekken
skal vera,
og det hender
du vert liggjande vaken
og lyda etter
steinsprang
ei natt.

Og kjem raset,
kjem det ikkje uventa.
Men du tek til å rydja
den grønne boti
under berget
– um du då har livet.

bergfall: fjellsida som kan rase ut. boti: jordlappen

Olav H. Hauge,
1951

Grunnleggende er mennesket et dyr, men som art har det moderne *Homo sapiens* noen særtrekk som skiller oss fra andre skapninger. Vi er sannsynligvis den eneste arten som kan reflektere over våre eksistensielle livsbetingelser, og som har en erkjennelse av at vår levetid som individer er begrenset. Og, beslektet med dette, har vi evnen – innen visse grenser – til å organisere våre liv, individuelt og kollektivt, på en måte som ikke er entydig bestemt av våre genetiske forutsetninger.¹ Vi skal alle dø, det er den uavvendelige rammen rundt våre liv. Det kan selvsagt gi grunn til bekymring, angst og depresjon, og kanskje fortrenghing, men er like fullt vår sikre skjebne. Denne erkjennelsen kan man i prinsippet møte på tre måter, man kan «glemme» den – prøve å leve som om denne forutsetningen for livet er opphevet – eller man kan ta den inn over seg i en slik grad at den formørker livet ved at livet brukes til å vente på og grue seg for døden, eller man kan – og det er vel det beste – prøve å forholde seg til dette faktum på en realistisk måte, leve livet som best man kan og ta døden som den naturlige avslutning på livet.

I vår moderne tid fins det en tendens til å fortrenge at vi mennesker tross alt er sårbare skapninger, og at det ligger i livets natur at livet er «ei skjør greie». Dypere sett kan dette ha sammenheng med en overflatisk og forenklet oppfatning av hva «det moderne prosjektet» de siste hundreårene har dreid seg om. Med det «moderne prosjektet» mener jeg her den samfunnsmessige utviklingen som startet i den vestlige verden etter renessansen, særlig utviklingen innen vitenskap, teknologi og økonomi de siste 150 år. Den vitenskapelige utviklingen fra siste del av 1800-tallet til i dag har vært enorm og revolusjonerende, også innen medisinen. Utviklingen av moderne anestesi og kirurgi, oppdagelsen

av antibiotika og vaksiner, av DNA og etter hvert kartleggingen av genomet og mulighetene for genteknologi, er noen sentrale stikkord. Slike gjennombrudd har gitt opphav til en – ofte «ubevisst» og ikke uttalt – oppfatning av at moderne vitenskap og teknologi kan sprengte de naturgitte og eksistensielle rammene for menneskelig eksistens. De mest «optimistiske» ser til og med for seg en teknologisk ungdomskilde som kan gi oss muligheten for – om ikke «evig» liv – så i alle fall et liv av svært mye lengre varighet enn det vi hittil har hatt som utsikt. Slike forestillinger gir assosiasjoner til idéer om å skape det «perfekte» eller «ideelle» menneske eller samfunn, der mennesket selv er herre over alle forutsetninger og rammer. I vår medisinske hverdag merker vi dette gjennom at fokus – både hos pasienter, legemiddelindustri, myndigheter og også oss selv – i stor grad flyttes fra sykdom til risiko for sykdom. Nå er det selvfølgelig ingen dum idé å forebygge sykdom – hvis man kan – men det er problematisk hvis våre og pasientenes tanker i for stor grad kretser rundt muligheter og risiko for framtidige katastrofer framfor å fokusere på faktisk sykdom og å leve livet som best man kan her og nå.

Idéen om «full kontroll»

Ei side ved denne måten å betrakte våre livsbetingelser på – idéen om at «vi», «samfunnet», «staten» egentlig skal ha kontroll på alt – er oppfatningen av at noe må være «feil» når ulykker, katastrofer og for eksempel alvorlig sykdom inntreffer. Og når «noe er feil», er det nærliggende å tenke at «noen har gjort en feil», noen har ansvaret og skylda. Hvis man tenker slik, blir det vanskelig å godta at ulykker, katastrofer og alvorlig sykdom er noe som vi alltid vil bli rammet av, selv om vi bygger opp de mest utspekulerte og skarpssindige forebyggende tiltak. Når slike katastrofer inntreffer, rokker det ved forestillingen om at vi i vår «moderne» tid kan kontrollere og regulere alle sider ved livet. De minner oss om at vi jo ikke har og ikke kan ha en altomfattende kontroll over våre livsbetingelser, og tap av kontroll eller snarere *følelsen av kontroll* provoserer gjerne angst. Jakten på synderen kan være uttrykk for en slik «eksistensiell angst» – individuelt og kollektivt. Og det å finne synderen, «den ansvarlige», kan lett ta fokus bort fra det å gjøre den beste innsats for å begrense skaden og å forsone ofre, etterlatte og samfunn med det som har skjedd.

Blind uflaks eller menneskelig feil?

Nå betyr dette selvfølgelig ikke at det ikke kan ligge viktige elementer av individuelt eller politisk og samfunnsmessig ansvar bak ulykker, katastrofer og alvorlig sykdom. Grensegangen mellom «blind uflaks» og «menneskelig feil og ansvar» kan være vanskelig å trekke. Konsekvensene av et jordskjelv blir større hvis forskrifter om armering i bygninger er brutt pga. korrupsjon eller fattigdom, antallet



«Tenkeren» av Rodin.
MUSÉE RODIN

flomofre i Sørøst-Asia i desember 2004 ville kanskje vært lavere med et varslingsystem slik som i Stillehavet, befolkninger som er underernært og utslitt pga. krig og fordrijving er mer utsatt for epidemier osv. Og selvfølgelig forekommer det medisinske feil, både på system- og individuelt nivå, som kan få alvorlige konsekvenser. Slike feil bør det være åpenhet om, og man bør lære av dem. Og det kan være naturlig og bra at slikt «menneskelig ansvar» kan få både politiske og juridiske konsekvenser.

Men ofte er forholdene mer sammensatte og grensene vanskeligere å trekke. I Japan og California utstyres man høybygg med gigantiske fjæringssystemer i fundamentene for å ta av for jordskjelv. Slikt er det vanskelig å tenke seg i fattige iranske byer. Man kan kanskje i etterpåklokskapens klarsyn kritisere mer eller mindre fattige land rundt det indiske hav – eller kanskje verdenssamfunnet – for at det manglet et varslingsystem i desember 2004, men for meg er det ikke innlysende at det var dette disse landene burde ha prioritert sine begrensede midler på de siste ti åra. Og fra den medisinske verden; som leger vet vi bare alt for godt at vi i våre daglige vurderinger ikke alltid kan velge mellom klare alternativer – svart og hvitt – men må forholde oss til det sammensatte og uklare – virkelighetens forskjellige gråtoner. Og det ligger i den medisinske metoden, den rasjonelle måten å forholde seg til verden på, at våre vurderinger ikke alltid kan gi et korrekt bilde av virkeligheten. Noen ganger kan en feildiagnose være «en menneskelig feil» – «legen burde ha visst bedre» – andre ganger kan den



være resultatet av en tilfredsstillende vurdering av de tilgjengelige fakta. Bare en konkret vurdering av det enkelte tilfelle vil kunne avgjøre det.

Flomkatastrofen

Flomkatastrofen i det indiske hav i desember 2004 kastet et skarpt lys på flere sider av den moderne verdens forhold til katastrofer og skyld. Ikke minst er medias rolle verdt å tenke gjennom. I moderne medias verdensbilde er det gjerne tre roller som går igjen, og som fordeles når dramatiske ting skjer: offerets, heltens og skurkens. Her hjemme ble fort norske myndigheter «skurken», som ikke var forberedt og som håndterte krisa for dårlig. Nå skal myndighetenes rolle granskes – og viktige lærdommer kan sikkert trekkes – men for meg var det en illustrerende opplevelse å se Dagsrevyen den dagen Kripos la fram lista over norske savnede. Som alle husker krympet denne lista fra flere hundre til under hundre i løpet av en dag eller to. Den naturlige reaksjon på dette burde jo ha vært en svær lettelse over at så mange så fort kunne erklæres utenfor fare. Men Dagsrevyen presterte i samfulle 40 minutter å kjøre en ensidig kritisk vinkling mot myndighetene som hadde lagt fram «en så unøyaktig og dårlig liste». Det var så man kunne få en følelse av medias «skuffelse» over at «kanskje tusen døde» skrumpet til under hundre, og at det ikke var snakk om norgeshistoriens største katastrofe, men kanskje nr. fire, fem eller seks målt etter tallet på dødsofre.

Et annet poeng når det gjelder mediedekningen: Ville denne katastrofen – som krevde over 200 000 dødsofre – fått samme medieoppmerksomhet dersom turistområdene i Thailand ikke var blitt rammet? Noen år tidligere ble Bangladesh rammet av en flom som antakelig krevde like mange eller flere dødsofre, men reaksjonen i vesten var en ganske annen så lenge ikke «våre» var blant ofrene. Nå er

ikke dette ment som en kritikk av vestens hjelp og støtte denne gangen, men det gir like fullt grunnlag for å reflektere over «oss» og «de andre».

Sorg

I nr. 6/2005 av Tidsskrift for den norske lægeforening drøftes ulike helsemessige sider ved flomkatastrofen. Noen av forfatterne er kritiske til den rike verdens håndtering av katastrofer i den fattige verden² og den overdrevne frykten for etterfølgende helseproblemer³. Blant leger – ikke minst allmennleger – har særlig det opplegget for krisebearbeiding som helsemyndighetene la opp til, som bl.a. la opp til at fastlegene aktivt skulle kontakte alle hjemvendte fra flomområdene – vakt debatt. I to artikler drøftes disse spørsmålene^{4,5}. I januar gikk det en heftig debatt om disse spørsmål på det medisinske debatt-nettstedet Eyr. Hva skal myndigheter og helsevesen organisere i slike situasjoner, og hva skal overlates til folk sjøl og deres naturlige nettverk? Elisabeth Swensen skrev et innlegg der hun reflekterte over legerollen i sorg og kriser på bakgrunn av egne erfaringer i møte med pårørende og lokalmiljø etter drapet på en ung jente fra bygda.

I dag snakket jeg med moren hennes. Vi var enige om at jeg skulle si til mine kolleger at det er viktigere for folk å få hjelp til å ta seg sammen enn å bli oppfordret til å tenne enda flere lys, tegne enda flere tegninger og gråte enda mer. Til og med det å ta seg sammen er blitt skandalisert som begrep. Helsedirektoratet m.fl. tror det er bra å snakke om sorgen. Kanskje. Den antagelsen skriver seg fra Freuds teorier som altså sprang ut av Victoriatidens tabuiserte taushet. For oss som lever i en intimisert offentlighet med omfavnelser i stedet for håndtrykk og et umettelig krav om åpenhet, kan det være like terapeutisk å bli minnet om retten til å trekke seg tilbake og holde kjeft.

Odd Børretzen har skrevet et nytt dikt nå, om at livet er skjørt og alt blir til støv. Uansett. Leger bør jobbe for at den erkjennelsen holdes levende i kulturen. «Life is hard and then you die» som Tom Waits synger. Det verken kan eller bør lages sentrale retningslinjer for «sorgarbeid» (et forferdelig begrep skapt av de som lever av den slags). Uansett forskning og «forskning» finnes det ingen andre universelle sannheter om sorg enn at mennesket er skrudd sammen for å takle også det grusomme (ellers ville arten vært utdødd for lengst). Dette ikke for å underkjenne det empatiske og moralske imperativet om å bry seg. Men måten, metoden, må være tilpasset både den enkelte og skikkene der man ferdes i tid og rom. I Flatdal er det f.eks. vanlig at hele bygda går i gravferd, det er til og med integrert i kommunens håndheving av permisjon til den slags. Til gjengjeld er det mindre klemming og færre ord.

Et apropos mht forskning og «forskning»: Dagbladet skrev i fjor at foreldre på bygdene er mindre kjærlige enn foreldre i byen. Utgangspunktet var en undersøkelse der forskere hadde kartlagt hvor mye foreldre «koste» med barna. Det er nærliggende å tro at forskerne her tok utgangspunkt i det de selv opplever som «koselig».⁶

Er det plass til dette perspektivet når myndighetene legger sine planer?

Stoikeren Seneca

Filosofen Jon Hellesnes har i to kommentarer i Klassekampen etter flomkatastrofen drøftet menneskets forhold til katastrofer og skyld⁷. Han trekker fram den romerske filosofen Lucius Annaeus Seneca (ca. 4 f.v.t – ca 66 e.v.t) som ut fra et «epikureisk stoistisk» standpunkt drøfter menneskets forhold til bl.a. katastrofer og brå død⁸. Hellesnes gjengir Seneca:

«Siktemålet er ikke berre at vi skal øve oss til å møte ulykene når dei kjem, men også at vi skal greie å kvitte oss med plagsame tankar når dagane er gode. Ei destruktiv blanding av håp og frykt har det dessverre med å for mørke tilværet. Frå hans synsstad er det dei som enno ikkje har innstilt seg på det faktum at alt jordisk er forgjengeleg og at dei sjølve er dødelege, som er herja av depressiv frykt, og som ikkje startar med å leve før det er for seint. Dei som ikkje har øvd seg i å forhalde seg til livsens plager, men som prøver å skyve bort tanken på alt vondt, kan stadig bli tunge i hugen. Sjelsmørket deira kan også kome til å leggje seg over familiemedlemmene som ein trist skugge. Den som derimot – ved visse høve – går aktivt inn for å meditere over fælksa, vil bli meir i stand til å ta inn over seg dei gode dagane. Og noko stort paradoks ligg det vel ikkje i det.»

Legens rolle

Hvor står så legen oppe i alt dette? Hva kan og skal vi gjøre, og hva skal vi la være? Er det fornuftig og naturlig at fastlegen aktiv skal kontakte alle som har vært i slike kriser? Jeg mener vi skal vise og signalisere at vi er der hvis folk trenger oss, men det er ikke vår oppgave å trenge oss på alle som har det vondt. En kollega sa nylig på et møte med trygdeetaten om oppfølging av sykmeldte: «*Som ung og entusiastisk lege spurte jeg som regel de som kom med de myalgiske nakkenene, hva det egentlig var som gjorde at de hadde så vondt i nakken. Det har jeg sluttet med. Mange mennesker velger å leve vanskelige liv med konflikter, og vi må respektere deres valg. Kanskje fører det til at de får vondt i nakken, men det er lite legen kan gjøre for å gjøre deres liv lettere.*»

Etter mitt syn kan legen – og ofte fastlegen – være en god samtalepartner i vanskelige stunder når kriser og katastrofer rammer. Men samtalen bør være på pasientens premiser. Oftest er det ikke behov for dyperegående psykiatrisk intervensjon, men en god, fortrolig samtale med en lege pasienten har tillit til. Og kanskje kan det være en trøst og en hjelp å sette fokus på at «mennesket (som andre dyr) er skrudd sammen for også å takle det grusomme». Kanskje

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no



Lucius Annaeus Seneca

kan det også være en trøst – både for oss og for pasienten – som stoikeren Seneca å avfinne oss med våre grunnleggende livsbetingelser, nemlig at livet er endelig, og at vi bare i begrenset grad kan beskytte oss mot sykdom og katastrofer. Nå som i oldtida, uansett medisinske og teknologiske gjennombrudd. «Du bur under bergfall – og du veit det».

Referanser

- 1 Richard Dawkins: The selfish gene (1976, 1989), norsk utgave, Det egoistiske genet, Humanist Forlag 2002, kapittel 11, side 255–256.
- 2 Mads Gilbert: Myter og muligheter ved katastrofeinnsats, TDNLF nr. 6, 2005, side 711.
- 3 Preben Aavitsland: Lik smitter ikke, TDNLF nr. 6, 2005, side 713.
- 4 Øivind Ekeberg: Kriseintervensjon etter katastrofer, TDNLF nr. 6, 2005, side 714
- 5 Bjørn-Inge Larsen, Bjørn Guldvog og Gunn-Elin Aa. Bjørneboe: Helsevesenets respons på flombølgekatastrofen, TDNLF nr 6, 2005, side 716.
- 6 Elisabeth Swensen: Om å ta seg sammen, Eyr 07.01.2005
- 7 Jon Hellesnes: Om livslengda og Katastrofe og ideologi, Klassekampen 08.01.2005 og 12.02.2005.
- 8 Lucius Annaeus Seneca: Epistulae morales ad Lucilium.

Korreksjon: Ved en inkurie ble Jan Schjøtt i innholdet kreditert forfatterskapet av forrige utgaves «Allmennmedisinske utfordringer». Korrekt forfatter her skulle vært Ola Nordviste. Utposten beklager denne feilen.