

Når hverdagen rammer

— Av Mette H. Karoliussen —

En gang jeg besøkte et sykehjem, møtte jeg en bekjent som hadde sin mor der. Hun sa; «Jeg leste nylig at eldre mishandles på sykehjem, er det sant?» *Nei*, sa jeg, ikke her! Hun så lettet ut. Senere har jeg reflektert mye over dette spørsmålet. Hva er misshandling? Jeg har studert aldri og eldreomsorg i snart 20 år, og noe er galt. Ikke det at jeg tror der skjer en reell mishandling av eldre i helsevesenet, i alle fall ikke i utbredt grad. Det som opptar meg sterkere er den skade som forårsakes av den ignorans som preger våre handlinger. En mangel på forståelse for hvordan det vi sier og gjør, kan oppfattes, – altså en manglende forståelse for pasientens subjektivitet.

«*Primo non nocere*» – først og fremst ikke skade pasientene, er arven fra Hippokrates, som er gjentatt i menneskerettighetenes fire grunnleggende etiske prinsipper. Og for sykepleiere er arven fra Nightingale «å sette pasienten i den best mulige tilstand, slik at Naturen kan virke på ham». Ser vi på eksemplene over er neppe intensjonen med hjelpernes utsagn å bevisst skade pasienten. Det som gir seg tilkjenne er heller en mangel på forståelse for situasjonen og hvilken tilstand pasienten påføres ved det de faktisk sier. Utsagnene kan i seg selv virke tilforlatelig ufarlige, men vet hjelperen hva hun faktisk sier og hvordan dette kan oppfattes? Mener pleieren å si til Martin at han er *sløv*, eller *sein* eller *udugelig*? Og mener hjelperen å si til Åsa at hun er en *gris* med maten og at duken er *ødelagt*? Eller forstår de ikke hva de gjør? Å si at de som har sitt arbeid i eldreomsorgen er for lite skolert, – er for lettvent. Underkjenning av subjektiv opplevelse gjelder alle disipliner, og faglærte så vel som ufaglærte. Alle

tror seg å vite bedre enn pasienten og er mest opptatt av hvordan de selv oppfatter situasjonen, – det gjør oss til *bedrevitere* i ordets verste forstand.

Mitt spørsmål de siste 10 år har vært: – *skaper vi en god tilstand hos våre pasienter, slik at deres helbredende krefter har de beste vilkår*, – eller påfører vi pasientene skade med vår ignorante holdning til hvordan pasienten kan oppleve samhandlingen med oss. I denne artikkelen ønsker jeg å belyse hvilken lærdom en annen forståelse av helse og sykdom og ny tverrfaglig helseforskning kan gi oss. Slik at vi igjen blir i stand til å sette subjektiv opplevelse og pasientens tilstand i fokus. Denne viten viser viktigheten av å forstå hvordan ytre verden påvirker cellenivå, i en humanøkologisk helhet.

Humanøkologi er studiet av hvordan mennesket påvirker og påvirkes av sitt fysiske og psykososiale miljø. En humanøkologisk forståelse av mennesket tar i betraktning helheten i personens liv, hvordan den ytre verden, både natur, kultur og livssituasjon, påvirker mennesket som helhet (1). Humanøkologi er ikke en egen disiplin, men heller et grunnlags-perspektiv hvorfra ulike disipliner kan diskutere sin forståelse av samspillet mellom mennesket og dets miljø. Mange disipliner, innen naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora, har utfordret hverandre i en felles interesse for forskningsfeltet som utgjør menneskets interaksjon med miljøet (2). Eldre er spesielt sårbare i denne sammenheng, for de har en nedsatt reservekapasitet og er i større grad avhengig av at deres omgivelser er helsefremmende. Enten de lever i



Mette H. Karoliussen, høgskolelektor, Avd. for helse- og sosialfag, Høgskolen i Telemark. Utgitt lærebøkene «Sykepleie, fag og prosess» og «Eldre; aldring og sykepleie» (i samarbeid med Kari Lislerud Smebye), samt flere artikler. Har de 10 siste år vært opptatt av hvordan den syke person behandles, i alle deler av helsetjenesten, spesielt i eldreomsorgen. Utviklet en humanøkologisk modell for sykepleie som presenteres i ny bok med tittelen «Sykepleie; tradisjon og forandring – en humanøkologisk tilnærming» (utgis jan. 2002 Gyldendal Akademisk).

eget hjem eller i institusjon, vil de mer enn yngre voksne være prisgitt sitt miljø (3). De eldres opplevelse av hvordan de blir behandlet, skjules ofte i resignasjon og frykt for represalier. Dette er til skade og gir ingen helsefremmende tilstand.

Å tenke humanøkologisk betyr å fatte at mennesket er komplekst og foranderlig (4). Og at bevissthet og faktorer utenfor enkeltmennesket, påvirker opplevelse og forårsaker fysiologiske reaksjoner (5). Humanøkologi beskriver ikke bare realiteter, men forsøker å ana-

lysere hvordan vi kan forandre virkeligheten frem mot et gitt mål. Dette betyr at det humanøkologiske området åpner for filosofiske og etiske diskusjoner hvor verdier, læring og forandring kommer sammen. Man kunne ønske at legene viste noe mer interesse for slike grunnleggende diskusjoner og i større grad var opptatt av pasientens subjektive opplevelse, med all den forskningen som fins på dette feltet. Norske leger viser liten interesse for eldreomsorgen (6), og svært mange av dem viser mangelfull kompetanse om aldring og eldre, også ut fra tradisjonell medisin. Det er derfor vanskelig å tro at ønsket eller muligheten er tilstede for å sette seg inn i en utvidet forståelse for helse. Eksemplene over er hentet fra pleie og omsorgssektoren, men eldreomsorgen finnes ikke bare der. Eldre trenger omsorg fra hele helsetjenesten. Andre eksempler kunne vært hentet fra legevisitten på sykehus, eller fra private legekontorer. Rapportene fra eldres møte med helsetjenesten er i stor grad at de ikke blir tatt alvorlig og at deres subjektive beskrivelser av sykdomsopplevelse drukner i "objektive" prosedyrer.

Ny helseforskning viser på mange måter hvordan miljøets påvirkning får konsekvenser for mennesker. Fra maten vi spiser, til hvordan vår omverden påvirker oss

(7, 8). Personens subjektive opplevelse er gjennom den fysiologiske respons en viktig faktor i utvikling og helbredelse av sykdom. Denne kunnskapen burde ha stor betydning for våre pasienter (9), men den er lite påaktet i det norske

helsevesen. Til tross for at både gammel erfaringskunnskap og ny forskning viser den nære sammenhengen mellom subjektiv opplevelse og helse (10), fortsetter behandlingsideologien å ignorere dette. Nyttige internasjonale forskningsresultater kommer

derfor ikke våre pasientene til gode, og spesielt ikke våre eldre. Denne nye kunnskapen, om subjektiv

opplevelses innvirkning på biokjemisk nivå, gjør det til et etisk dilemma å holde seg innenfor helsevesenets biomedisinske paradigme. Fordi det skiller mellom fysisk og psykisk, opprettholder en objektiv distanse og ekskluderer subjektive fenomener (11).

Selv om psykologiske prosesser og fysiologisk funksjon ikke var kjent, visste folk at spesielle situasjoner i livet disponerte for å bli syk. I dag finnes viten om at alle kroppens systemer har en kontinuerlig kommunikasjon som gjensidig påvirker hverandre på cellenivå (12). Denne viten kommer fra et tverrfaglig forskningsfelt kalt psyko-neuroimmunologi (PNI).

Selv den mest innbitte tilhenger av rent biologisk medisin må se at den psyko-neuro-immunologiske forskningen bekrefter den gamle forestillingen om sammenheng mellom psykologiske faktorer og patogenese av kroppslig sykdom» (13, s.3144)

Psyko-neuroimmunologi (PNI) er en relativt ny vitenskapelig disiplin som ble beskrevet omfattende først for 15-20 år siden. Resultatene av den nye forskningen sammenlignes med antikkens forståelse av helse og sykdom. Hippokrates ord om at helse er en balanse mellom sinnet, kroppen og miljøet rundt, og at sykdom oppstår ved en ubalanse mellom disse elementer, får igjen gyldighet (14). PNI-forskningen har lagt frem beviser for at kroppen og sinnet kommuniserer kontinuerlig og at denne kommunikasjon påvirker helse og sykdom. Denne kunnskapen er etter hvert overveldende, men har som sagt alt for liten innflytelse i vårt helsevesen. PNI har utviklet teori om hvordan det ytre miljø påvirker kroppens cellebiokjemi gjennom personens subjektive opplevelse (15). Denne forskningen hviler på den tidlige stressforskningen og viser både hvilke følger stress har på menneskers helse (16) og viktigheten av personens

egen opplevelse og mestring (17).

Gjennom personens tilstand, følelser og bevissthet, påvirkes kroppens celler og resultatet av slik påvirkning får konsekvenser for helse og sykdom (18). Begrepet «Psyko-neuro-immunologi» ble først brukt av R. Ader som på 70

tallet viste at en betinget reaksjon kunne fremkalles i immunapparatet. PNI forskerne har også gjennom senere undersøkelser vist den kliniske viktigheten av denne kunnskapen (19). Mye forskning dokumenterer nå den måten hjernen, gjennom hypothalamus – hypofysen – og det autonome nervesystem, kan påvirke immunsystemet (20).

For eldre pasienter som har marginal kapasitet betyr dette at forandringer i deres ytre miljø kan påvirke hjernens aktivitet (21) og derved endre aktiviteten i immunapparatet. Hvis vi ønsker at denne påvirkning skal være helsefremmende må vi også påse at miljøet rundt våre eldre er slik.

Det er dunkelt i rommet. Lyset fra dagen utenfor hindres av mørke gardiner.

De har låst seg inn og gir seg til kjenne mens de går mot soverommet. Den gamle mannen sitter lutet fremover på en stol ved siden av sengen. Han har undertrøye på overkroppen og benklærene rundt ankene. Tydelig nedbrutt og ute av stand til å gå videre i morgenritualet, ser han fortsatt ned i gulvet da den ene pleieren utbryter:

«Nei-men Martin, har du ikke greidd å få på deg buksa ennå!»

Det er middagstid på sykehjemmet, beboerne er samlet og fire sitter rundt dette bordet.

To av dem har problemer med å få i seg maten. Den ene er blind og løfter gaffelen til munnen flere ganger uten at noe mat er på den. Forgjeves forsøker hun å få maten på spisebestikket, men mesteparten ender opp utenfor tallerkenen. En av hjelperne ser det, kommer bort og sier:

«Nei huff Åsa,- som det ser ut her, all maten din ligger jo på duken!»

Forskerne har funnet at ulikt stress som engstelse og angst, søvnløshet, sorg, sykdom i familien og andre stress faktorer, påvirker immunologisk funksjon (10,19). Både små og store livsbegivenheter vil påvirke, men akkurat hvordan denne påvirkningen blir, avhenger av flere faktorer. Hvor stressende situasjonen er, hvor lenge stresset har pågått er viktig. Selv om vi vet at akutt stress kan gå forut for visse sykdommer, så er forskningsresultatene tydeligere når det gjelder forholdet mellom langvarig stress og sykdomsutvikling (22). Det som har vist seg å ha stor effekt den immunologiske responsen, er hvordan den enkelte person

reagerer på situasjonen og hvilke strategier han har for mestring og kontroll (23). Forskere har vist en spesiell interesse for tilstander som håp og håpløshet, – mening og meningsløshet, –mestring og hjelpeløshet. Det viser seg at det er en funksjonell gjensidig avhengighet mellom følelser og immunfunksjon (24). Dette er en kompleks sammenheng, men en negativ følelses-

komponent viser seg generelt som negativ også for immunfunksjonen, og øker personens sykkelighet.

Eldre er ofte i den situasjon at de både opplever sin situasjon og seg selv som «håpløse», ofte mangler livet mening, ikke minst når de er syke og/eller skrøpelige. Mange er også hjelpeløse, spesielt hvis de befinner seg i en situasjon der effektivitet og høyt tempo er rådende. Ikke sjelden påføres de en lært hjelpeløshet av personalet som ikke har tid til å vente på at de gjør tingene langsomt. Forholdet mellom hjelpeløshet og nevro-immunologisk funksjon viser seg å være svært interessante (25,26,27). Å opprettholde en slik hjelpeløshet slår svært negativt ut for eldre, mens kontroll og mestring kan få det motsatte til å

skje. Psykologiske faktorer kan gjennom bevisst intervensjon direkte påvirke cellefunksjonen i immunapparatet (28). Undersøkelser hos mennesker har vist at psykologisk intervensjon, som opplæring og atferdsendring, individuelt og/eller i grupper, hvor personen selv opplever kontroll, reduserer negativt stress og sykkelighet (29, 30). Det viser seg også at det er *opplevelsen* av kontroll som er det viktige. Om personen har en reell eller «objektiv» kontroll viser seg å være uten betydning så lenge personen selv *tror* dette er sant. Den subjektive opplevelse, personens tro og atferd viser seg å gi viktige kliniske resultater (31).

Det er kveld. Nattevakten har tatt over og kveldsvaktene er gått. Tre klokker ringer og hun går for å ta den nærmeste. En person griper henne i armen; "kan du følge meg hjem?". Hun tar pasienten i armen og leder henne tilbake til rommet. Klokkene venter. Hun skynder seg til sitt første bestemmelsessted, utfører sitt oppdrag og er på vei ut døren da hun støter på den som sier; «kan du følge meg hjem?» Hun griper pasienten, skyver henne forran seg, tilbake til rommet. Flere klokker ringer, hun løper til neste. Døren står åpen og i arbeidet merker hun ikke at noen kommer før personen tar på henne og sier; "kan du følge meg hjem?" I oppgitthet og fortvilelse utbryter hun; «Hvis du ikke nå går og legger deg, må jeg låse deg inne!»

Kropp, sinn og ånd virker altså sammen til ett intelligent system hvor biokjemiske informasjons-substanser (nevro-peptidene og deres reseptorer), utgjør de biologiske brikkene i vår bevissthet. Disse gir seg tilkjenne som forventninger, overbevisning eller følelser, og påvirker i stor grad hvordan vi erfarer vår verden og reagerer på det som skjer rundt oss. Personens totale tilstand spres som biokjemisk informasjon gjennom organismens systemer, til cellenivå. Budskapet overføres videre til cellens indre, hvor det kan forandre cellens tilstand dramatisk.

La oss igjen gå tilbake til de første eksemplene. Hva er det som får personalet til å agere på den måten de gjør? De er ikke mis-handlere! Riktignok er de uvitende om hva deres atferd kan forårsake, og kanskje er de kunnskapsløse. Men hvem har ansvar for kunnskapen i omsorgen for eldre pasienter? Hvilke forhold legger myndighetene og samfunnet, det vil si vi, tilrette for? Høyt tempo er blitt status, over alt. Også der hvor vi vet at det er anti terapeutisk fordi Eldres nedsatte ledningshastighet i det nevrologiske system gjør det *kontra-indisert*. Høyt

tempo fører igjen til at personalet kan være færre, selv om de da har liten tid til pasienten. Hvilke argumenter må brukes for å få hjelperne til å forstå? Og hvem anser seg som hjelperne i omsorgen for eldre? Er det politikerne, byråkratene, legene, sykepleierne, de som sitter med eller på kunnskapen? Eller er det de som arbeider i kommunehelsetjenestens eldreomsorg, folkene i «pleie og omsorg», ufaglærte og faglærte? Og når vi sparer i eldreomsorgen, – hva sparer vi til? Og hvem sparer vi for?

Humanitetens kår i eldreomsorgen er ikke de beste. Og nettopp her ville samfunnet tjene på humanitet. – Ja, tjene, – i alle betydninger av ordet. Personalet ville tjene på å forstå, de eldre ville tjene på å bli behandlet på en annen måte, og samfunnet ville tjene på å bli mer human. Mest sannsynlig ville samfunnet også tjene økonomisk på å sørge for at alle forhold ble lagt til rette for Eldres helse. Helsetjenesten generelt og eldreomsorgen spesielt trenger humanitet, og ikke bare en problemorientert sykdoms-tilnærming. For å minne om hva humanitet er vil jeg avslutte med et kort utdrag fra; «Kva er humanitet?» av Arne Garborg, jeg råder folk til å lese hele (32).

Kva er humanitet ?

Når eg har vørnad og medhug for det som er godt og ærleg, det være lite eller stort; er det humanitet

Når ein mann er i naud, og eg hjelper han, og hjelper han på ein slik måte at han kan taka imot hjelpa utan å kjenne seg skjemd eller bøygd;da er det humanitet

Når eg lever fullt og sandt med i det store allmenne mannslivet og steller meg så som det sømer seg menn å stelle seg – det er i ein sum humaniteten

For å kunne vera i full meining human, må eg ha daning.

Eg må vita det som ein bør vita; eg må kjenne dei store natur- livs- og samfunnslovene; då fyrst kan eg nå opp til fullt å forstå meg sjølv og andre.

Det er humanitetens grunnlag.

Arne Garborg

Referanser

1. Solli HM, Mysterud I, Steen M, Fugelli P. Økologisk Helseære. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1996
2. Mysterud I, Mysterud I. Økologi, evolusjon og medisin. Perspektiver på et koblingsfelt. Humanøkologi 1992;11 (2/3)
3. Karoliussen M, Smebye KL. Eldre;-aldring og sykepleie, rev.utg. Oslo: Universitetsforlaget 1997
4. Capra F. The Web of Life. A new synthesis of Mind and Matter. London: Flamingo, 1997
5. Dilts R. Changing belief systems with NLP. Cupertino, Calif.: Meta Publications 1990
6. Hjort Peter F. Fremtiden er lys – det er bare tre bekymringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 12
7. Weil A. Spontan helbredelse. Kroppens iboende og ubegrensede evne til å helbrede seg selv. Oslo: Hilt & Hansteen, 1996
8. Weil A. Eating well for optimum health. Little, Brown, 2000
9. O'Connor J, McDermott I. Principles of NLP. London; Harper Collins Publishers, 1996
10. Masek K, Petrovick_ P. Sevcik J, Zidek Z, Franková D. Past, present and future of psychoneuroimmunology. Toxology 2000 142: 179-188
11. da Silva Antonio Barbosa. Etikk i helsetjenesten. Stavanger: Misjonshøgskolens forlag, 2000
12. Rossi E.L. (1993) The psycho-biology of mind-body healing, revised edition. New York; W.W. Norton & Company, inc.
13. Jørgensen J. Psyke og soma – Descartes i våre hjerter? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 25: 3142-3144
14. Sali Avni. Psychoneuroimmunology; fact or fiction? Australian Family Physician 1997; 11:1291-1299
15. Ader R .Cohen N. Felten D. Psychoneuroimmunology - Interactions Between. The Nervous-System And The Immune-System. Lancet ; 1995;345, 8942, 14. Jan 1995, side 99-103
16. Selye Hans Stress in health and disease Boston : Butterworths, 1976. .
17. Rotenberg V.S. Sirota P. Elizur A. Psychoneuroimmunology: Searching for the main deteriorating psychobehavioral factor. Genetic Social And General Psychology Monographs; 1996 122, (3):329
18. Baum A. Herberman H. Cohen L. Managing stress and managing illness: Survival and quality of life in chronic disease. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings; 1995:0002 (4)309-333
19. Ader R. On the development of psychoneuroimmunology European Journal Of Pharmacology 2000; 405 (1-3) 167-176
20. Ader R . On The Clinical Relevance Of Psychoneuroimmunology. Clinical Immunology And Immunopathology 1992; 64: 1, 6-8
21. Kihlgren M. Integrity promoting Care of Demented patients. Umeå University Medical Dissertations; New series no.351 1992
22. Kemeny, Margaret E. Gruenwald Tara L. Psychoneuroimmunology Update. Seminars in Gastrointestinal Disease 1999;10: (1)20-29
23. Kemeny Margaret E. Lauenslager Mark L Beyond stress: The role of Individual Difference Factors in Psychoneuroimmunology. Brain, Behavior, and Immunity 1999; 13:(2)73-75
24. Pert Candace B. Molecules of Emotion. The science behind mind-body medicine. New York: Touchstone 1997
25. Seligman MEP. Learned optimism. New York: Knoph Publ. 1991
26. Seligman MEP. Helplessness: on depression, development and death. New York; W.H.Freeman 1992
27. Colligan RC. Offord KP. Malinchoc M. Schulman P. Seligman MEP. Caveing The Mmpi For An Optimism-Pessimism Scale - Seligman Attributional Model And The Assessment Of Explanatory Style Journal Of Clinical Psychology 1994,50: (1) 71-95
28. Hall H Minnes L. Olness K. The Psychophysiology Of Voluntary Immunomodulation. International Journal Of Neuroscience1993; 69:(1-4) 221-234
29. Fawzy FI. Fawzy NW. Arbdt LA. Pasnau RO. Critical-Review of Psychosocial Interventions in Cancer Care. Archives of General Psychiatry 1995;52: (2)100-113
30. Walker LG. Eremin O. Psychoneuroimmunology: A New Fad or the Fifth Cancer Treatment Modality? The American Journal of Surgery 1995;170: (1).2-4
31. Rotenberg VS. Sirota P. Elizur A. Psychoneuroimmunology: Searching for the main deteriorating psychobehavioral factor. Genetic Social And General Psychology Monographs 1996;122:
32. Nerdrum H. Voght Hanssen P. Tveiterås A. Norsk diktning i utvalg. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag1961, s.250-251