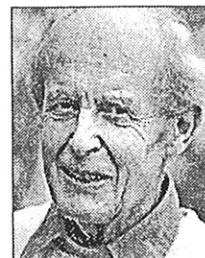


Peter F. Hjort har vært så elskverdig å tillate trykking av sitt foredrag, med hans autentiske tegninger. Dette til glede for alle dem som ikke har hatt sjansen til å høre han in natura. Hva gjelder oss andre så tåler dette å gjentaes! (Red.anm.)

## Helsepersonellets møte med den gamle

foredrag holdt i Bergen 22.04.05

Peter F. Hjort



### 1. Innledning

Denne forelesningen bygger på tre erfaringer:

- For det første er jeg selv blitt gammel, 81 år.
- For det andre har jeg nå vært lege i 55 år.
- For det tredje var min kone pleiepasient i nesten 3 ½ år etter en mislykket operasjon for en hjernesvulst. Hun var lammet og språkløs og bodde hjemme. Jeg har derfor lang erfaring som pårørende, dvs. fra den andre siden av sengen.

### 2. Om eldre og gamle

Fig. 1. Jeg starter med et minikurs om alderdommen. Her ser dere først prognosen for eldrebølgen. Dere ser at antall eldre fordobles i de kommende 50 år, og samtidig blir det ikke flere yngre. Det er utfordringen.

Fig. 2.  
Fig. 3. Alderdommen preges av to prosesser som griper inn i hverandre, den normale aldersprosessen og de kroniske sykdommene. Aldersprosessen i kroppen reduserer den fysiske yteevnen med knapt 1% per år fra 25-års alderen. Aldersprosessen i hjernen gjør at de gamle blir langsommere, men ikke dummere. Samtidig blir de glemsomme, men ikke sløve. Personligheten forandres lite, men gamle får mindre initiativ og "ork", og de blir lettere deprimert. Ett trekk er spesielt viktig, og det er at selvbildet svekkes, spesielt når en blir avhengig av andres hjelp. Det sosiale livet forandrer seg, og her ser dere den grunnleggende konflikten. En blir ikke syk av aldersprosessen, men reservene minsker, og sårbarheten øker.

Gamle får to slags sykdommer. Dels kan de få alle de vanlige sykdommene, men i et mer diffust bilde - f. eks. blindtarmbetennelse uten magesmerter eller lungebetennelse uten feber. Derfor er det vanskeligere å være lege for gamle. Den andre gruppen av sykdommer er alderssykdommene, f. eks. senil demens. De øker kraftig etter ca. 75 år.

Fig. 4. Denne figuren gir en samlet fremstilling av de to prosessene. Verdens helseorganisasjon sier at ved 65 er du blitt "elderly", og ved 80 er du blitt "old". Det er vanlig å dele alderdommen i to: 65-80 år er den tredje alder, og her er de fleste

ganske friske og spreke; over 80 er den fjerde alder, og her begynner problemene å melde seg. Dere ser at det sentrale i alderdommen er at en må møte mer sykdom med mindre ressurser.

Denne figuren gir inntrykk av at gamle mennesker er nokså like, men i realiteten er de nesten ufattelig forskjellige: det fins skrøpelige 60-åringere og spreke 90-åringere. Også i humør, legning, spirit og selvbilde er de utrolig forskjellige. Her er to eksempler på kvinner i slutten av 80-årene:

- Den ene hadde vært meget vakker i sin ungdom. Hun så seg selv i speilet og sa med et lite selvironisk smil: "En nydelig ruin, må jeg si!"
- Den andre hengte et håndkle foran speilet sitt, og da sykepleieren tok det bort, sa hun: "Nei, ikke ta det bort. Jeg tåler ikke å se den gamle hurpa i speilet!"

### 3. Om møtet med den gamle

Dette betyr at helsepersonellet må vise omtanke i møtet med de gamle. Det som har gjort sterkest inntrykk på meg, er den ufattelige asymmetrien mellom de gamle pasientene og helsepersonellet. Den fører ofte til en ubevisst diskriminering som ligger i kroppsspråk og ordvalg. Det sørgelige er at den gamle ikke protesterer, men tvert imot godtar diskrimineringen, og dette er diskrimineringens paradoks.

Fig. 5.

Fig. 6.

Jeg føler at asymmetrien ikke bare gjelder den enkelte, men hele sykehusvesenet som system, se nedenfor.

#### *Den gamle og sykehuset på kollisjonskurs*

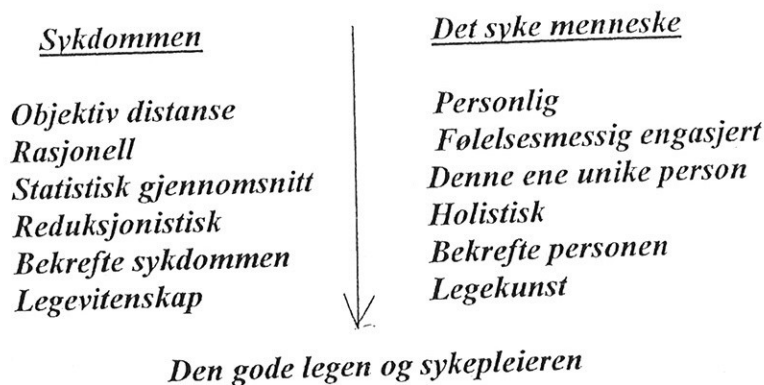
##### Den gamle

*Langsom, ofte skrøpelig  
Kroniske sykdommer  
Flere sykdommer*

##### Sykehuset

*Travelt, effektivisert  
Høyt spesialisert  
Stadig kortere liggetider  
Økt "poliklinisering"  
Innsatsstyrt finansiering ISF*

I virkeligheten stikker det enda dypere, for det henger sammen med den langsiktige utviklingen i helsetjenesten, slik jeg har opplevd den. Da jeg var ung, behandlet vi syke mennesker, mens vi nå behandler sykdommer. Nedenfor forsøker jeg å illustrere denne utviklingen:

*Behandle sykdommen eller det syke menneske?*

Det er klart at dette er en dypt bekymringsfull utvikling som berører selve kjernen i det å være helsepersonell. Her får dere et illustrerende sitat fra en frustrert gammel pasient:

“Jeg føler at jeg bare følger sykdommen min til legen, men jeg er verken sykdommen min eller diagnosen min. Jeg er meg!”

Fig. 7.

Det er viktig at hver enkelt tenker over denne utfordringen, og ordet selvrefleksjon blir stadig viktigere for meg.

#### 4. Om å leve med kronisk sykdom

Jeg trodde at jeg visste det meste om kronisk sykdom etter at jeg i mange år hadde vært lege for pasienter med alvorlige blodsykdommer og for gamle. Men da jeg ble pårørende, oppdaget jeg at jeg bare visste halvparten. Derfor tar jeg med dette avsnittet.

For å forstå kronikerne, må en vite at kronisk sykdom har to helt forskjellige sider.

a) Den ene siden er de spesielle problemer og plager som er knyttet til sykdommen. Her er det nesten endeløse variasjoner, f. eks.:

- KOLS pasientenes hoste- og pusteproblemer
- Eksembarnas kløe, nattevåk, fortvilelse og - ofte - mobbing
- Parkinson pasientenes skjelving og tapsopplevelser (1)
- De dementes egen fortvilelse og de pårørendes, jf. “Mamma til sin mamma” (2)

b) Men samtidig har alle kroniske sykdommer noen felles trekk som preger både pasienter og pårørende. Det er vanskelig for yngre å leve seg inn i hva disse tre trekkene betyr:

- Det første er evighetsperspektivet: sykdommen varer resten av livet, og en blir aldri frisk mer.
- Det andre er avhengighetsperspektivet: en har mistet sin frihet og blir bundet og avhengig av familie, helsepersonell og alle andre hjelpere.
- Det tredje er utenforperspektivet og den ensomheten det gir.

I tillegg kommer det hos de aller eldste mot slutten av livet et eksistensielt perspektiv. Jeg illustrerer det med et sitat:

“Mannen min er død, barna våre har det bra, barnebarna er blitt store og har det bra. Jeg har gjort mitt i livet, og nå vil jeg dø i fred”.

Det er ikke så sjelden mot slutten av livet at samtalene kommer inn på minnene. Mange sier til meg: “Du har jo de gode minnene”. Det er sant, men det tragiske med de gode minnene er at de aldri kommer igjen, og jeg tenker ofte på Dantes ord: “Den største smerte er å minnes forgangen lykke i sorgens dager” (3).

Til slutt i dette kapitlet må jeg si noen ord om håp (se også 4). Håp er noe helt spesielt i menneskelivet, og særlig når en er syk. Menneskene kan faktisk ikke leve uten håp. Derfor er det viktig at helsepersonell har et gjennomtenkt forhold til håp.

Pasientene ønsker intenst å ha håp, og derfor er det viktig at vi som helsepersonell formidler håp. Men ofte er det vanskelig, for alle pasienter kan ikke håpe på å bli friske. En dag kom en gråtende pårørende inn på pårønderommet og sa: “Og så klappet legen meg på skulderen og sa: “Det går nok bra”, enda han godt visste at det ville det ikke gjøre”. Det skal være sant det vi sier, men det er ofte rimelig å legge på 10% for optimisme, men ikke stort mer.

Fig. 8.

Samtidig er det viktig å vite at håp ikke dreier seg om alt eller intet. Det fins nemlig grader av håp. Når en følger kreftpasienter, ser en denne håpets utforbakke: Først håper de å bli helt friske, så at de skal få en god periode, så at det ikke skal være store smerter eller andre plager, så at de skal få effektiv behandling mot plagene, og så - helt til slutt - at de skal få en god død. Derfor er det alltid noe å håpe på, og det skal vi formidle. Men vi skal aldri lyve for pasienter og pårørende. Det blir før eller senere gjennomskuet, og da brister tilliten.

En praktisk ting er viktig å vite. Vi skal aldri si til pasienter eller pårørende at de har en bestemt tid igjen å leve, f. eks. tre uker eller tre måneder. Den kunnskapen vi har er statistisk, mens det pasienter og pårørende er interessert i er den individuelle prognosen, og den kan vi aldri være sikre på. Derfor kan vi si: “Det er nok ikke så lenge igjen”, men vi skal ikke si: “Det er bare tre uker igjen”.

Her får dere en sammenfatning om håp:

#### Om håp

1. Nødvendig - livets kilde
2. Håpet må være sannferdig og realistisk, men + 10% for optimisme
- 3 Håpet trenger støtte
4. To regler:

- Du skal ikke lyve
- Du skal ikke misbruke statistikk. Si aldri:  
”Du har tre måneder igjen”

## 5. Om erfaringer som pårørende

Jeg har drevet med deltakende observasjon under lange dager og sene kvelder. Scenen var ofte utrivelige pårønderom hvor de pårørende samlet seg rundt kaffetrakteren. Alle var i samme båt, og det oppsto et fellesskap mellom oss. Vi delte erfaringer, tanker, bekymringer, håp og fortvilelse. Et annet sted er venterommene. Vi sitter der i timevis, og den oppmerksomme ser og hører hvordan livet arter seg for alvorlig syke og deres pårørende.

På pårønderommet koker alt ned til tillit, om den er der eller ikke. Nedenfor ser dere det jeg lærte om tillit:

### *Om tillit*

*Tillit er ikke noe du automatisk har i 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*
- *at du viser at du bryr deg om pasienten*

Av og til er det urettferdig: noen får tillit som ikke fortjener det og omvendt. Både pasienter og pårørende ønsker intenst å ha tillit. Derfor blir skuffelsen så stor og bitter når den brister.

## 6. Om "Grepet"

Min viktigste erfaring som pårørende 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, iallfall min kone, var ikke i tvil. Deres dom var intuitiv og temmelig rask. Nå de møtte og følte det velsignede "grepet", falt de pårørende til ro, og pasientene hvilte i tillit, trygghet, ro og fortrøstning.

Jeg vil illustrere "grepet" med et positivt eksempel fra venterommet på det gamle Sophies Mindes Hospital. Det var fullt av pasienter med åpenbare og svære lidelser og deres pårørende. En gammel kvinne kom ut fra legekantoret på sine to krykker. Hun smilte, og hennes første ord til mannen, som satt ved siden av meg, var: "Han var den fødte lege". Jeg hadde lyst til å gå inn til legen og fortelle ham det.

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

a) Faglig kompetanse og engasjement er en betingelse, enten en er overlege eller hjelpepleier.

b) Menneskelig 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 skråsikker. Den skråsikre sprer faktisk utrygghet rundt seg, for skråsikkerheten gjennomskues - jf. denne amerikanske advarselen: "Never in doubt, always in error".

Fig. 9.

c) Menneskelig innsikt og engasjement, jf. disse berømte ordene fra Kierkegaard (5). Den romerske keiser Marcus Aurelius, verdens mektigste mann, hadde denne leveregelen (6):

"Tren deg opp til å høre på det en annen sier med udelt oppmerksomhet, og sett deg inn i den talendes personlighet så vidt det er mulig".

Fig. 10.

d) Intuisjon eller taus kunnskap og erfaring ervervet i praksis under veiledning av gode rollemodeller. Jeg liker dette rådet fra reven i "Den lille prinsen" (7):

"Min hemmelighet er ganske liketil: Kun med hjertet kan man se riktig. Det vesentlige er skjult for øyet".

e) Evne og vilje til å informere. Informasjonen må være realistisk, kanskje med et tillegg på 10% for håp og optimisme - se ovenfor.

f) Tid for pasientene, men det paradoksale er at den som har "Grepet" ofte kan arbeide fortere.

g) Vennlighet, sjenerøsitet, karisma og humor gjør alt lettere.

h) Kontinuitet, dvs. så lite skifte av personell som mulig.

Fig. 11.

Dere legger selvfølgelig merke til at "grepet" ligger nært opp til den gamle diskusjonen om hjerne og hjerte i utdanningen av helsepersonell (8). Stort sett, har de pårørende tillit til den faglige kompetansen. Det er det menneskelige engasjementet de savner og klager på, og min oppsummering er at "hjertesvikt" er vanligere i helsetjenesten enn "hjernesvikt".

"Grepet" er delvis en personlig og medfødt egenskap, men jeg tror at det også 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".

I det siste har pedagoger og psykologer fått større interesse for taus kunnskap og læring gjennom praksis. Det kalles ofte "Mesterlære" (9), fordi modellen er den tusenårige tradisjonen med håndverkerutdanning i Europa. Læreguttene gikk i lære hos mesteren og lærte kunnskaper, ferdigheter og fagets kultur. Læreguttene til

Rembrandt ble så gode at eksperter har problemer med å avgjøre om et bilde er malt av mesteren selv eller av en av svennene. Dette betyr at alt helsepersonell må bli mer bevisst på det ansvaret som ligger i å være rollemodell for de unge.

Men “grepet” har også med organiseringen av arbeidet å gjøre. På én avdeling hadde min kone en fast lege som så til henne og snakket med meg hver dag, og jeg følte “grepet”. På en annen avdeling var det ny lege praktisk talt hver dag, og ingen av dem hadde satt seg inn i problemene. Det var en mangel på “grep” som var ~~st~~ å ta og føle på.

## 7. Om pårørende

Jeg må ha med et lite avsnitt om pårørende. De er jo like forskjellige som pasientene. Noen er ressurssterke, kunnskapsrike og har med seg det siste fra Internett. Noen er beskjedne og engstelige, og imellom er det alle sorter. Noen er arrogante og krevende. Jeg har merket, både på sykehjemmet og på pårønderommet, at det ikke skal så meget til før en får merkelappen “vanskelig pårørende”, og den går aldri bort. De fleste pårørende har noe felles:

- De er engstelige og bekymret, ofte fortvilet
- De er dypt engasjert, et engasjement som har en eldgammel tradisjon i vår kultur.

De pårørende har egentlig ingen rettigheter, og det hender at taushetsplikten blir brukt mot dem, spesielt i psykiatrien. Nedenfor ser dere noen tanker som jeg tror er viktige:

### *Om pårørende*

1. *Kan være vanskelige, uvitende, uforstandige, krevende og arrogante, fordi de er fortvilet. (Noen er arrogante)*
2. *Men de er pasientens viktigste ressurs*
3. *Må få til lagspill i trekanten: Pasient - Pårørende - Personell*
4. *Veien til pasienten kan gå gjennom de pårørende*
5. *Bygg relasjonen, slik at de føler seg møtt: Kommuniser!*

## 8. Fire viktige temaer i helsetjenesten for gamle

For å gi et fullstendig bilde av helsetjenesten for gamle, må jeg kort drøfte fire viktige temaer.



a) Diagnostikk

Det første temaet er diagnostikk. Gamle har alltid flere sykdommer. En 80-åring har gjennomsnittlig tre kroniske sykdommer og kan i tillegg ha et akutt problem som fører til innleggelse for øyeblikkelig hjelp. Diagnostikken bør være fullstendig, slik at legen kan vurdere hele helsetilstanden. Men den moderne høyspesialiserte indremedisinen konsentrerer seg oftest om det problemet pasienten er lagt inn for og lukker øynene for resten. Resultatet blir ny innleggelse, dvs. "svingdørsmedisin".

Sykdomsdiagnostikken dreier seg selvfølgelig om det som er negativt for helsen. Men egentlig burde den vært supplert med en positiv diagnostikk som kunne svare på spørsmålet: Hvilke positive ressurser har den gamle som en kunne støtte, f. eks. sosialt nettverk, ernæring, fysisk aktivitet osv.? På den måten kunne en lage en livsplan som ville gitt mindre sykdom og et bedre liv. Dessverre tenker ikke de travle sykehusene slik.

b) Behandling

De siste 20 årene har vi fått en nesten ufattelig medikalisering, og de gamle opplever et økende pillepress. Dette er en stor utfordring, for geriatri er en smal vei med dype grøfter. Målet er få legemidler og små doser. Mange legemidler og store doser gir bivirkninger og redusert livskvalitet.

Fig. 12.

c) Uheldige hendelser

Gamle pasienter er spesielt utsatt for uheldige hendelser, dvs. at noe går galt i helsetjenesten. De er spesielt utsatt fordi de har mange sykdommer, har stor sårbarhet og får komplisert behandling. Derfor trenger vi en ny kultur i helsetjenesten, og den må ha to sider. Den ene er et nasjonalt system for rapportering av uheldige hendelser og nesten-hendelser, slik at vi kan lære å forebygge dem. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med dette nå. Den andre siden er håndteringen av pasient, pårørende og personell når det har hendt noe som ikke burde ha hendt. Da må en velge mellom to strategier, som dere ser her:

Feil og uhell: håndtering

Strategi A. Straks innrømme, informere og forklare. Aldri bortforklare, men sette fokus på det som nå må gjøres

Strategi B. Unnskyld, bortforklare, bagatellisere, benekte, tie. Håpe at det glir over

Strategi A Gjør det beste ut av en vanskelig situasjon, mens strategi B gjør alt ti ganger verre. Likevel velger helsepersonell ofte denne strategien. Her trengs det nye holdninger, og mange land arbeider med denne utfordringen. Det er på tide at vi også tar den opp.



d) Dødspleien

Den fjerde utfordringen er dødspleien. Det dør ca. 45 000 mennesker hvert år i Norge, ca. 40% på sykehus og 40% på sykehjem. Det er vår oppgave å gi dem en god død, og her ser dere de fire målene:

*De fire mål i dødspleien*

1. *God palliativ behandling: lindring av alle plager*
2. *God sykepleie*
3. *God menneskelig omsorg for pasient og pårørende*
4. *God sjelelig omsorg for pasient og pårørende*

Vi har midlene, og vi kan nå målene hvis vi engasjerer oss.

## 9. Om kommunikasjon

Jeg er nå kommet til det siste og viktigste kapittel. Det handler om kommunikasjon. Uten kommunikasjon er helsetjenesten stendød - en helseservice. Derfor slutter jeg med noen tanker om kommunikasjon.

*Fig. 13.* Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske verbet "communicare" som betyr å gjøre felles. Derfor må kommunikasjonen alltid være en to-veis prosess, der begge parter har både sender og mottaker. Alt for ofte snakker helsepersonellet til pasientene og ikke med dem, og min erfaring er at dette blir verre, jo lengre utdanning personellet har, og jo eldre pasienten er.

*Fig. 14.* Kommunikasjonen med alvorlig syke og deres pårørende er alltid vanskelig, og partene snakker ofte forbi hverandre, fordi de kommuniserer over en avgrunn. Det er helsepersonellet som må bygge bro over avgrunnen.

Under samtaler gjelder det ikke å være ensporet. Det gjelder å lytte med begge ørene, for det er lett å overhøre det viktigste - på to forskjellige måter:

- Fig. 15.*
- For det første må en lytte etter to stemmer - sykdommens stemme og personens stemme. Disse stemmene er forskjellige, men de må settes sammen til en helhet, omtrent som trådene i DNA.
  - For det andre må en lytte etter to temaer - det saklige og det følelsesmessige. Det siste kan være det viktigste, spesielt hos gamle pasienter.

Kommunikasjonens to temaer:

1. *Det saklige: om sykdommen, behandlingen og pleien*
  2. *Det følelsesmessige: om pasientens situasjon og reaksjoner*
- Lytt etter "hinter", f. eks.:*

- *Barna har det jo så travelt --*
- *Alle mine er jo døde --*
- *Alt er blitt så vanskelig --*

En må også huske at god kommunikasjon er skreddersøm, ikke en og samme konfeksjonsdress til alle.

*Kommunikasjon er skreddersøm!*

*Ikke én standard-kommunikasjon, men en kommunikasjon som er tilpasset til personen og situasjonen:*

- *Alle vil ha respekt og høflighet (også barn og senile)*
- *Alle vil ha tilpasset informasjon*
- *Mange vil ha håp og trøst (ikke usann)*
- *Noen vil ha autonomi (pasienten er kaptein, legen er los)*
- *Noen vil ha paternalisme (legen er kaptein)*
- *Ingen vil ha ovenfra-ned, ironi eller usannhet*

På pårønderrommet er personellet et viktig tema, og jeg noterte ord som ble brukt av de pårørende. Det er viktig å passe balansen i sin væremåte:

*Pass balansen !*

<i>Sur</i>	-	<i>Vennlig</i>	-	<i>Overstrømmende</i>
<i>Guffen</i>	-	<i>Søt</i>	-	<i>Klisset</i>
<i>Kjedelig</i>	-	<i>Kjekk</i>	-	<i>Kjekkas</i>
<i>Avvisende</i>	-	<i>Lyttende</i>	-	<i>Pratsom</i>
<i>Uengasjert</i>	-	<i>Engasjert</i>	-	<i>Masete</i>

## 10. Slutt

Til slutt vil jeg forsøke å sammenfatte det viktigste, og jeg er blitt stående ved tre ord:

- Det første er følelse. Helsetjenesten bygger med rette på vitenskap og intellektuell tenkning. Likevel må vi huske at i forholdet mellom menneskene er følelser viktigere enn tanker. Det er viktig å bruke følelsene, og stole på dem og å våge å vise dem.

- Det andre ordet er humor. Helsetjenesten er og skal være alvorlige saker, en fleiper ikke med sykdom og død. Men likevel er humor et helt nødvendig verktøy og virkemiddel. Den må brukes med omtanke og doseres riktig, men den må være med oss i hverdagen.

- Det tredje ordet er håp. Det er alltid noe å håpe på, og håpet må følge oss i alt vårt arbeid.

Og så vil jeg ønske dere lykke til!

## Litteratur

1. Andersen S. Sundhed sidder mellem ørerne. Det at leve med en kronisk sykdom. Silkeborg: Eget forlag, 2002.
2. Mace NL, Rabins PV. The 36-hour day. A family guide to caring for persons with Alzheimer's disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1981.
3. Dante Alighieri. Den gudomliga komedien. Oversatt av Björkeson I. Stockholm: Natur och kultur, årstall ikke oppgitt.
4. Groopman J. The anatomy of hope. How people prevail in the face of illness. New York: Random House, 2004.
5. Kierkegaard S. Synspunktet for min forfattervirksomhet. En ligefrem meddelelse. Rapport til historien. København: C.A. Reitzels Forlag. 1859. (Søren Kierkegaards Samlede verker. Bd. XIII. København. Gyldendalske Boghandel. 1906).
6. Marcus Aurelius. Til meg selv. Oslo: Grøndahl Dreyer, 1997.
7. Saint-Exupéry A de. Den lille prins. København: Jespersens og Pios forlag, 1970.
8. Universitetet i Tromsø. Medisinsk studieplan. Trømsø: Universitetsforlaget, 1971.
9. Nielsen K, Kvale S. Mesterlære. Læring som sosial praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.

Fig. 1 Ildrebølgen i Norge.  
(NIBR-rapport 2003:17)

Figur 3. Antall personer 67 år og over, observert og framskrevet. 1950-2050

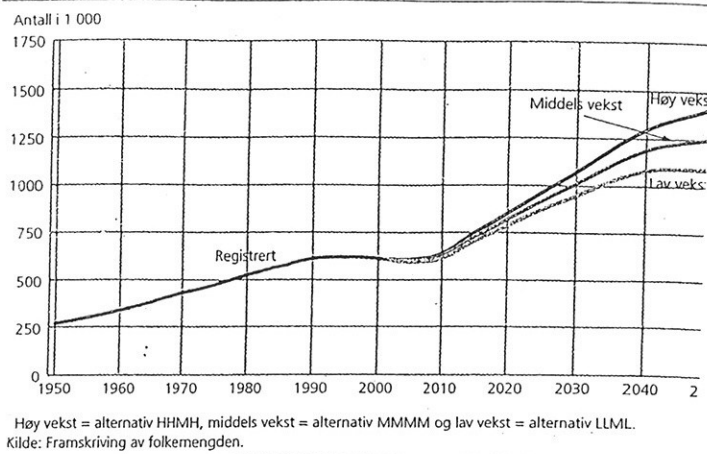


Fig. 2 Selvbildet - vekst og fall.

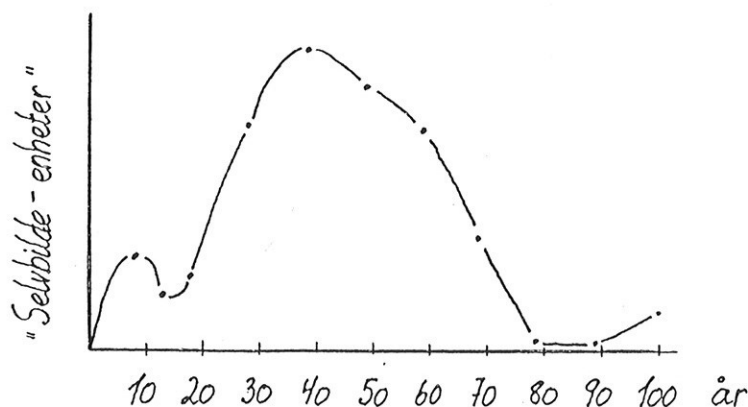


Fig. 3 Den grunnleggende konflikten.

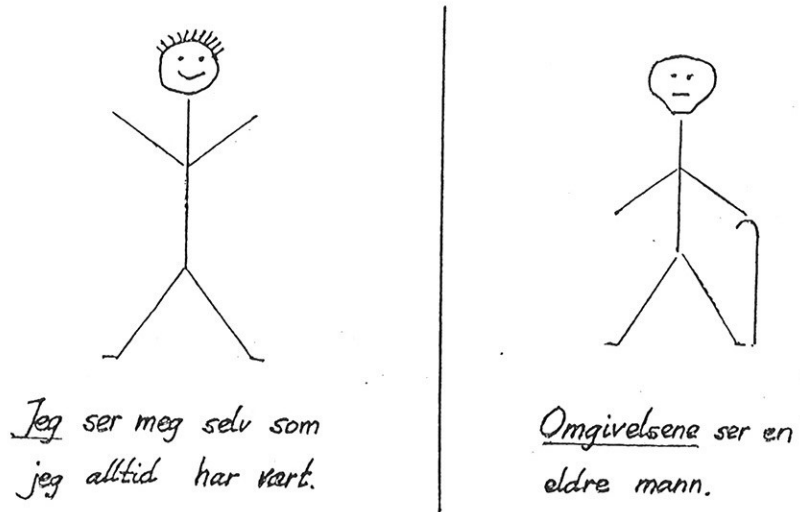


Fig. 4

Aldersprosessen og alderssykdommene.

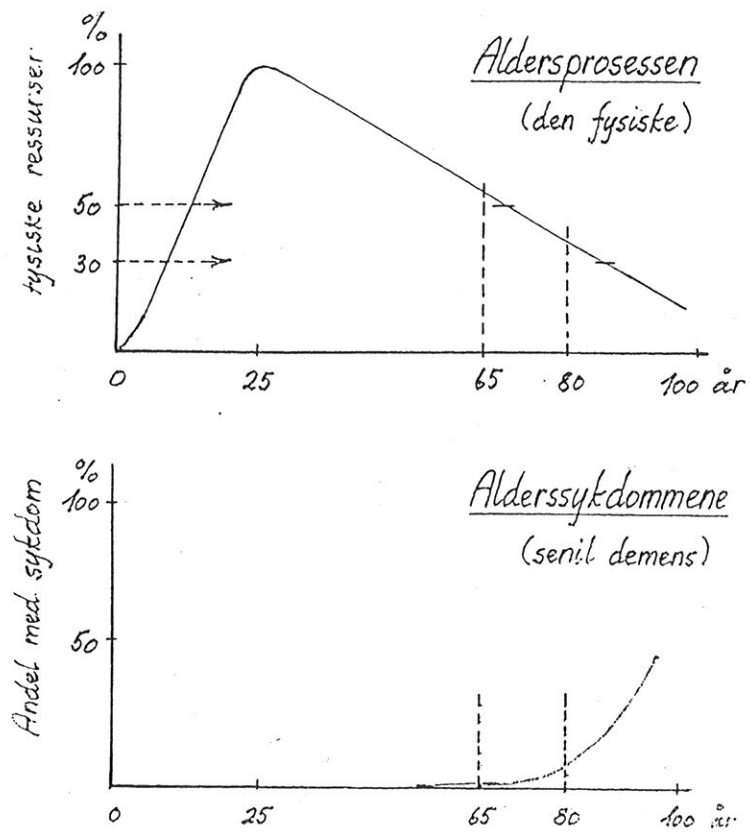


Fig. 5

Asymmetri!



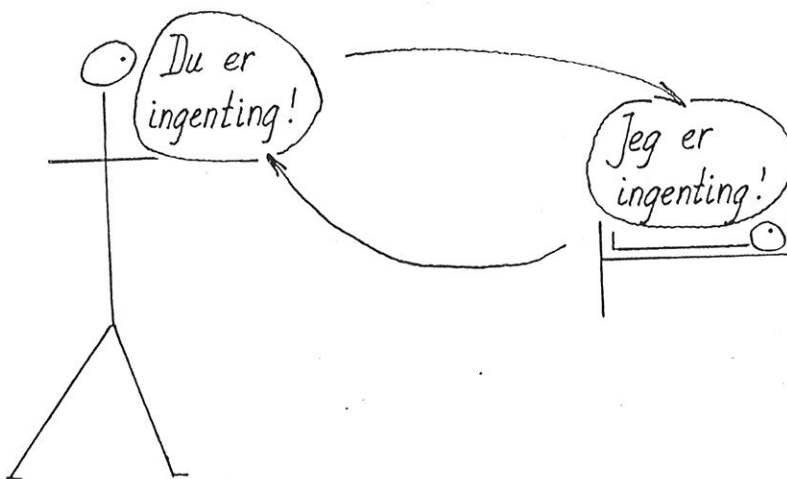
	<u>Den gamle</u>	<u>Helsepersonell</u>	
	Gammel	Yngre	
	Syk	Frisk	
	Avhengig	Uavhengig	
	"Jeg er ingenting"	"Jeg er OK"	
	Engstelig, bekymret, redd	Rutine, hverdag	
	Håper på hjelp og trøst	Har ikke tid, iallfall ikke nå	
	Avmakt	Makt	

Fig. 6 Diskrimineringens paradoks.Fig. 7 Forsikring mot asymmetrien: selvrefleksjon.

Dialogen med meg selv før - og særlig etter - møtet med pasienten:

- Klarte jeg å forstå og møte pasienten som en person og ikke bare som en sykdom?
- Hva sa jeg, og hvordan sa jeg det?
- Hvordan var kroppsspråket mitt?
- Hvilke valg hadde jeg (og pasienten), og klarte jeg å formidle det?
- Fulgte jeg opp?

Det er tilgivelig å feile, men utilgivelig ikke å reflektere over feilene.

(Inspirert av Salander P. et al.: "Når livet bryts." Stockholm: Liber, 1999.)

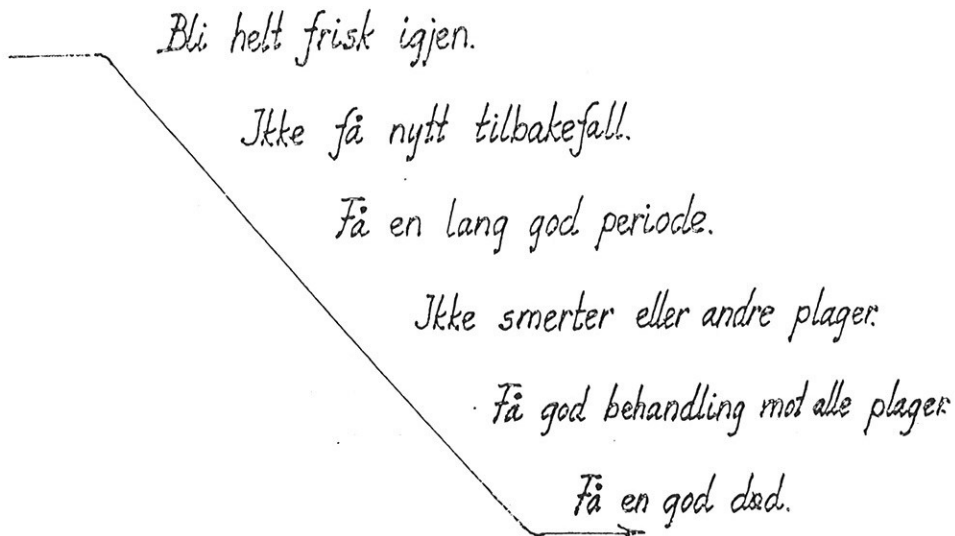
Håpets utforbakke.

Fig. 9

«Finde Ham  
der hvor Han er —  
og begynde der»

«Forholdet mellom Hjælperen og den der skal hjælpes maa være saadan — at man, naar det i Sannhed, skal lykkes En at føre et menneske til et bestemt Sted, først og fremst maa passè paa at finde Ham der hvor Han er og begynde der.

Dette er Hemmeligheden i all Hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, Han er sely i en Indbildning naar Han mener at kunde hjelpe en Anden.

For i Sandhed at kunde hjelpe en Anden, maa jeg forstaa mere end Han — men dog først og fremmest forstaa det Han forstaa. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min merviden Ham slett ikke.

Vil jeg alikevel gjøre min Merforstaaen gjeldende, saa er det fordi jeg er forferdelig stolt, saa jeg i grunden istedet for at gavne Ham egentlig vil beundres av Ham.

Men all sand Hjelpen begynder med en Ydmygelse. Hjelperen maa først ydmyge seg under den Han vil hjelpe og derved forstaa, at det at hjelpe IKKE er at være den Hærskesygeste, men den Taalmodigste.

At det at hjelpe er Villighed til, indtil videre at finde seg i at have uret naar du ikke forstaa det din Næste forstaaer.»



Fig. 10 To slags kunnskap:

Faktisk: kan skrives, undervises, leses og læres. Den unge lærer ved å studere, trenger dyktige lærere og testes ved eksamen.

Taus: må fornemmes, ses, anes og føles. Den unge lærer ved å være lærling hos en mester, trenger gode rollemodeller og prøves i praksis.

Fig. 11 Helseutdanningens to mål:

Kald hjerne	Varmt hjerte
Kunnskaper, ferdigheter	Holdninger
Intellektuelt resonnement	Følelser, intuisjon
System, orden	Varme
Reduksjonisme	Holisme
Flink	Snill
"Competence"	"Compassion"
Faglig engasjement	Menneskelig og sosialt engasjement

Fig. 12 Geriatricens vei har to dype grøfter.

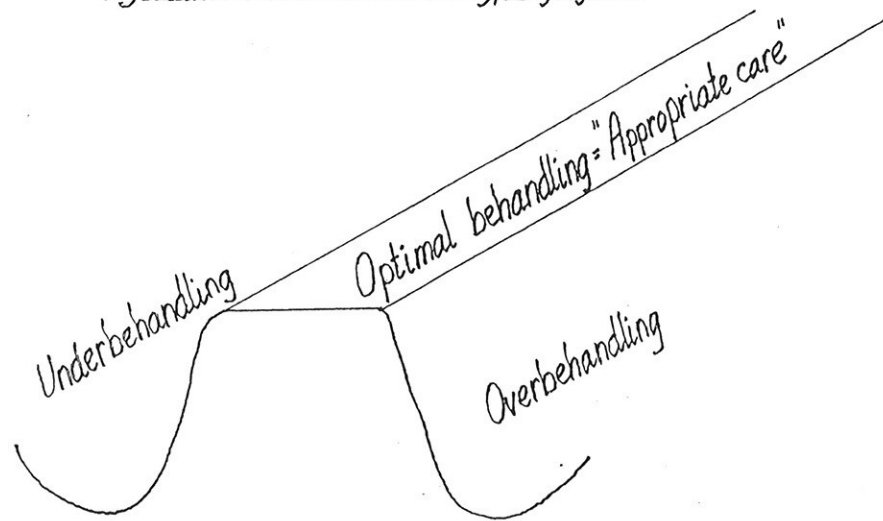
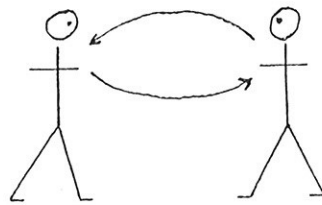


Fig. 13 Om forholdet mellom menneskene.



Bygge opp relasjon: Møte den andre.

Skape tillit: Være til å stole på.

Kommunisere: Skape noe sammen.

Fig. 14 Kommunikasjon ved kronisk sykdom

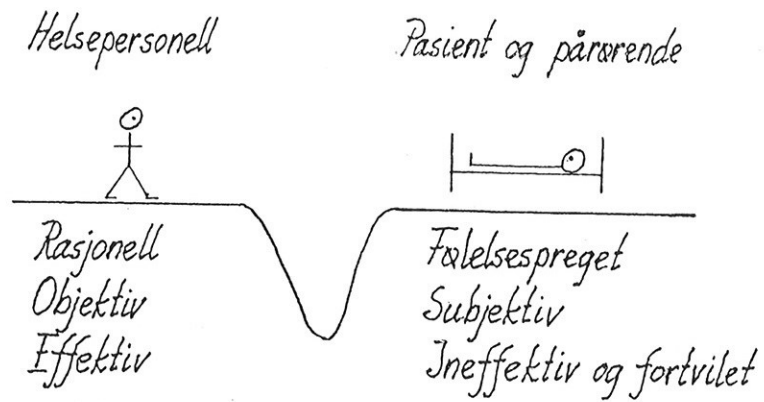


Fig. 15

Enhver kronisk pasient er unik, og legen må lytte til to stemmer.

