

# Läkaren och medicinen i det postmoderna samhället



II Det stora värdet av medicinhistoria ligger i att se kritiskt på vår egen tid – och försöka förstå att vi är ett led i pågående tradition. Avsikten med denna kritiska essä är att skriva om läkaren i samhället med ett historiskt perspektiv och försöka sig på en kritisk omvärldsanalys. Medicinen i 2000-talet är inget som uppstår de novo utan är till stora delar ett resultat av de rörelser som verkat under 1900-talet. Men eftersom det rör sig om en näraliggande nutidshistoria så är det svårt för oss att se mönstren lika tydligt som när vi granskar äldre perioder.

**Att vara läkare** är inget entydigt yrke. För vem är man läkare? Vems intressen företräder man? Samhällets, den enskilde patientens eller befolkningens? Läkaren har olika samhällsroller och kan tyckas företräda olika intressen. Men oavsett samhällets krav så tillåter inte rådande etiska läkarregler att man kränker den enskilda människan. Men det finns djupa motsättningar inbyggda på detta område. En individs intressen är ibland skilda från kollektivets eller samhällets. Detta kan vara synligt exempelvis när det gäller medicinsk forskning eller när Smittskyddslagen tillämpas.

Medicinen är inte en isolerad ö, utan en djupt integrerad samhällsdel. Medicinen är såväl en vetenskap och en praktik och därutöver – i sjukvården – en marknad. Samhället har alltid haft krav på och inflytande över vad som sker i medicinen. Medicinens utveckling har genom historien berott på ömsesidiga influenser – en intrikat samverkan mellan interna, inomvetenskapliga och externa, samhällseliga faktorer.

**Det finns naturligtvis** också skillnader mellan hur läkarna ser på sig själva och hur befolkningens syn på dem är. Det kanske inte är att förundra sig över att läkaren skattats högt inte minst i krigstider. Så var det redan i antiken. Cellulärpatologins fader Rudolf Virchow förutspådde i slutet av 1800-talet den nya tidens ande inom medicinen. Den innebar större möjligheter och ett större anseende samt ett samhällsansvar. Han blev sannspådd i mycket.

Det senaste århundradets medicinska framsteg medförde att läkarens status ökade. Men eftersom läkarens yrke rör död, liv, lidande och ångest så har män-

*»Medicinska frågor har alltid en etisk dimension och bör därför vara levande på det breda samhälleliga etiska torget«, säger Carl-Magnus Stolt, chefläkare Södra Älvsborgs sjukhus, Borås, professor i humanistisk medicin, Karolinska institutet, Stockholm.*

niskornas syn på läkaren inte sällan präglats av ambivalens. Läkaren blir lika lätt hjälte som djävul. Denna hatkärlek är levande även i vår tid; något som man enkelt kan utläsa inte minst i massmedia.

Man måste vara medveten om att medicinen som kunskapssystem ingalunda är synonymt med läkarkåren. Åtskilliga andra professioner, med delvis andra vetenskapliga traditioner, arbetar inom medicinen. Att t ex skapa distinkta gränser mellan medicinen som en kurativt syftande disciplin och en omvårdnadsinriktad, mer palliativ vårdvetenskap ter sig mindre meningsfullt, eller snarast kontraproduktivt. Tvärtom måste vi samordna de olika vetenskapsgrenar och ideologier som finns i sjukvården. I takt med ökande specialisering måste lagarbetet stärkas och vidareutvecklas. Det är ett lagarbete inte bara mellan olika specialiteter utan främst mellan olika vårdprofessioner. Att det sedan är läkaren, med sin långa utbildning, som oftast, men inte alltid, är lämpligast att leda detta lagarbete är en detaljfråga.

**Medicinens historia kan** också läsas som en historia om makt. Detta perspektiv anlades tidigt av den berömde franske idéhistorikern Michel Foucault. Begrepp som makt, revir och hierarki hör

ihop och för man till detta sjukvården som marknad så anas komplexiteten.

Med historiskt perspektiv kan man följa många olika maktspel: mellan läkaren och patienten, mellan samhället och de kommersiella intressena, mellan administrationen och vårdarna, mellan sjuksköterskan och undersköterskan, mellan kirurgen och medicinen osv. Lägg därtill medicinens makt att definiera gränsen mellan friskt och sjukt och man kan lätt förstå att medicinen och vården är fantastiska arenor för sociologiska studier!

Men det finns andra och kanske mer abstrakta maktspel.

Profitintresse – att driva sjukvård med vinst – är något som i medicinens historia motverkande balanserats av etiken, särskilt då en dygdetik, som altruistiskt sätter det ideella hjälpanandet i främsta rummet. Fram till vår tid tycks sjuksköterskeprofessionen mer än läkarna ha omfattat tanken om yrket som ett kall.

Förmodligen har denna idealism varit till förfång för deras löneutveckling. De kommersiella intressena har tidigare mest funnits inom läkarprofessionen och framför allt i läkemedelsindustrin. Idag beskriver politiska och ekonomiska företrädare inte sällan sjukvården som en handelsvara, där vårdkonsumenter anlitar vårdproducenter. Ur en traditionell dygdetisk synvinkel ter sig detta som en förenklad bild av verkligheten, uppmuntrad av ytlig populär journalism och privata vinstintressen, hävdas i en nyutkommen medicinhistorisk översikt över 1900-talet.

**Ännu ett abstrakt maktspel** ligger på det vetenskapsteoretiska planet. Det rör hur man definierar medicinsk vetenskap. Är det synonymt med medicinsk naturvetenskap? Eller är medicinsk vetenskap något mer? Dessa frågor pekar mot vetenskapsteoretikern Thomas Kuhns välkända resonemang om paradigm, dvs en gemensam kunskapsram som baserar sig på en gemensam vetenskapssyn och världsbild. Ett fungerande paradigm skall kunna förklara verklighetens skeenden. Det biomedicinska paradigmet, som jag hellre kallar det naturvetenskapliga paradigmet, har under 1900-talet alltmer präglat medicinen och läkarnas tänkande.

Naturvetenskapen har inom medici-

Foto: Cecilia Borås

nen firat avsevärda triumfer, till gagn för den sjuka människan. Men i takt med dessa framsteg har naturvetenskaplig fokusering på mätbarhet och en i grunden materialistisk människoupfattning åsidosatt en tolkande, medmänsklig etisk dimension. Detta åsidosättande av en helhetssyn på den sjuka medmänniskan hänger också samman med läkaryrkets differentiering, för att inte säga splitt-ring.

Jag tänker då inte i första hand på den kliniska specialiseringen, utan på uppdelningen mellan medicinska grundforskare med strikt naturvetenskaplighet å ena sidan och medicinska praktiker å den andra. Medicinsk grundforskning på laboratorienivån måste vara renodlat naturvetenskaplig. Men den medicinska praktikern behöver mer än tidigare komplement till en strikt naturvetenskaplig medicin i form av en tolkande humanvetenskaplig kompetens. Att detta behov är större nu än tidigare i historien beror på förändringar i samhällsmentalitet, t ex ökad sekularisering, mindre auktoritetstro, krav på större individuell frihet och eget ansvarstagande.

**För att försöka förstå** denna relativa motsättning mellan naturvetenskap och humanvetenskap i medicinen måste vi gå till historien. Flera historiker beskriver tiden från omkring 1880 till 1970 som medicinens »golden age«. Bakteriologins upptäckter duggade tätt under 1800-talets sista två decennier och i kombination med antiseptiken bäddade detta för den stora kirurgins genombrott. Besegradet av flera infektionssjukdomar krönte framgången. 1950- och 60-talen markerade mentalitetsmässigt höjdpunkten av det succébetonade biomedicinska paradigmet. Under 1960- och 70-talen började kritiska röster höras och denna begynnande kritik vände sig t ex mot utopin om frihet från sjukdom, mot effektivitetstänkandet, mot den bristande etiska reflektionen och mot de stora institutionerna.

Nära förknippad med den medicinska utopin om frihet från sjukdom var hälso-tänkandet som alltmer genomsyrade samhället. För att behålla hälsan skulle man äta rätt, banta, motionera och vårda sin kropp. Tanken att god kondition och en tränad kropp motverkade sjukdom bidrog till att kulturen blev alltmer kroppsfixerad. I en överdriven strävan efter den perfekta kroppen nåddes en paradoxal destruktivitet med fenomen som bodybuilding, anabola steroider och massiv solarieexponering.

**Det framgångsrika** naturvetenskapliga paradigmet, som karakteriserar medicinens »golden age«, tycks dock ha vissa

*Vem definierar vad som är friskt och vad som är sjukt?*

tillkortakommanden, främst sammanfattat i nedtoningen av en förstående, personlig och tolkande läkekonst. Den högteknologiska sjukhusbaserade medicinen kritiserades för att dess patient-läkarrelationen var för instrumentell. En alltför strikt naturvetenskaplig teknologisk inriktning försummade sociala och beteendevetenskapliga aspekter och inte minst prevention. Högteknologisk medicin var dessutom extremt kostnadskrävande och kritiker menade att den föga såg till bakomliggande sjukdomsorsaker och att den således på ett felaktigt sätt tog resurser från mer grundläggande sjukvård.

Modern naturvetenskaplig medicin har eftersträvat en korrekt rationalism, ägnad att motverka vidskeplighet och en tom hokus-pokus-praktik. Man kan därför tycka att Molières 1600-tals förlöjligande av läkarna som ineffektiva tomma retoriker inte har någon grund i 2000-talets högteknologiska medicin.

Men avseende så kallade tidsrelaterade- och kulturbundna sjukdomar hörs ibland alltjämt en Molière-liknande kritik. Människor med icke-organisk sjuklighet anser sig oförstådda. Samtidigt är det förmodligen så att om medicinen helt skulle kunna genomlysas och rationellt förklara t ex stress- och utbrändhetstillstånd, så uppkommer istället nya till-

stånd. Att logiskt rationellt förklara är ett Sisyfosarbete.

**Det finns med andra ord** ett behov av sjukdom. Sjukdomspanoramata och dess växlingar är ett av flera exempel på hur tätt medicinen och den kultur den lever i är sammanflätade. Verkliga förändringar i sjukdomspanoramata är dock mindre vanliga, oftast handlar det om nya benämningar på människans utsatthet och sårbarhet. Den svenska idéhistorikern Karin Johansson har historiskt studerat detta behov av sjukdom. Det framgångsrika naturvetenskapliga medicinska paradigmet har varit mindre framgångsrikt när det gäller att hantera företrädesvis funktionella sjukdomar.

Uppenbarligen skedde någon form av djupgående mentalitetsförändring på 1970-talet. Att medicinens »golden age« tog slut hade en multifaktoriell bakgrund. Läkemedelsindustrin kritiserades för profithunger och katastrofer som Neurosedyn-skandalen var symboliska.

I den praktiska sjukvården blev demokratisering, Du-reformen och sjuksköterskerskorna som kastade av sig mössorna och bytte ut uniformerna, alla tecken på att sjukvårdens stelbenta hierarki höll på att rämna. Ur samhällsekonomisk synvinkel spelade troligen också den ökande konstnadsutvecklingen en

ILLUSTRATIONER: MAY STRANDBERG

**Annons**

**Annons**

roll. Att det samtidigt sker ett förändring från paternalism till autonomi och att den moderna medicinska etiken kliver fram ut ur sin relativa anonymitet är säkert inga tillfälligheter. Hela detta komplexa skede är vårt ett djupare kartläggande studium.

**Man har påstått** att slutet på medicinens »golden age« konkret markerades av framträdandet av en ny dödlig, smittosam virusinfektion runt 1980. Aids med all sin metaforik var ett handfast bevis på att människan inte kunde behärska naturen och nå frihet från sjukdom.

Om nu medicinens »golden age« tog slut runt 1980, så har dock historien en fortsättning. En given plats där har den molekylära medicinen med löften om framgångsrik genterapi i kölvattnet efter de kunskaper som HUGO-projektet genererat med sin start runt 1990. Att rätt bedöma värdet av denna absoluta närhistoria är knappast möjligt för närvarande.

När kritiken mot medicinen blev allt starkare på 1960- och 70-talen gällde en av de viktigaste fronterna den medicinska etiken. Den medicinska högteknologin hade med sina möjligheter ställt existentiella frågor i skarp blyxtbelysning. De medicinteknologiska höjdpunkterna i »golden age« var, kanske paradoxalt nog, också symbolen för en teknokratisk inhumant hot.

**Det som kunde vara** livräddande kunde också vara en medel för att förlänga ett lidande, utan att patienten fick inflytande på beslutet.

Gemensamt för dessa etiska frågor var patientens rättigheter kontra den förmyndarattityd som brukar kallas paternalism. Vem bestämmer över en människa? Vem har rätt att få reda på vad? Vem avgör vad som är till skada eller nytta en annan? I en alltmer fördjupad kris i tilliten till medicinen blev dessa frågor runt 1980 synliga i form av debatten om rätten till sin död.

Vid samma tid kan man främst i Sverige men även internationellt, märka ett skifte från paternalism till ett självbestämmande. Att detta skifte har en multifaktoriell bakgrund ter sig sannolikt, där demokratisering, sekularisering och politiska omvälvningar är viktiga faktorer.

Det är dock intressant att konstatera att vägen från paternalism till autonomi var en process som startade ungefär samtidigt som medicinens gyllene tidsålder deklinerade. Man kan också notera att detta mentalitetsskifte alltjämt har geografiska skillnader, t ex mellan Syd- och Nordeuropa.

Skiftet från paternalism till autonomi

*Läkarna deltar inte i den medicinska debatten, sägs det. Ofta är det annat som kommer i vägen, arbetet till exempel.*

är tveklöst värdefullt, men ingalunda så okomplicerat som man i förstone kan tro.

Priset för jämlikhet och demokrati är rådvillhet, ångest och oro påtalade den svenske psykiatern Clarence Blomquist redan på 1970-talet, när processen hade tagit sin början. Denna mentalitetsförändring, såväl inom läkarkåren som hos allmänheten, har också påverkat läkekonsstens förutsättningar och dess utövande. Detta blir mycket tydligt när man studerar äldre läkares praktik och deras sätt att utöva läkekunst. Inslaget av paternalism var ofta påtagligt. Det finns med andra ord en utmaning i att utforma en läkekunst förenlig med ett självbestämmande för patienten.

**Mot denna bakgrund** och framför allt i takt med den explosiva utvecklingen av naturvetenskapliga detaljkunskaper riskerar den specialiserade medicinska praktikern att bli en teknologisk expert – en medicinsk ingenjör – utan den vidsyn som var möjlig ännu så sent som runt mitten av 1900-talet. Allmänläkaren har ibland, men långt ifrån alltid, kunnat axla det generalistiska perspektivet.

Kunskapsstoffets expansion har lett fram till att den enskilde praktikern inte längre har möjlighet att överblicka mer än ett mycket begränsat område.

Detta är en god anledning att tillämpa evidensbaserad medicin (EBM), som ett redskap att välja ut den mest effektiva behandlingen. Samtidigt finns det en risk att själva EBM-metoden exkluderar väsentliga konstnärliga moment i läkares praxis. EBM är ett viktigt redskap, men man bör resonera om dess begränsningar. Kanske skall man inte heller framteckna kunskapsbaserad medicin som något helt nytt.

Det som förr sammanfattades i utmärkta medicinska läroböcker baserades givetvis också på systematiskt sam-

manförd kunskap. Har man inte det klart för sig kan man ju bekymrat undra över den medicinska praktiken före 1990-talets EBM-våg. Givetvis fanns det en rationell medicin även före EBM. Den form av empirism som EBM utgör har också haft politiska ekonomiska drivkrafter, hävdar John Pickstone i en historisk analys.

Den brittiske läkaren James Le Fanu menar i sin bok *The rise and fall of modern medicine* att det konkreta patientarbetet närmast systematiskt har eftersatts från 1970-talet och framåt. Le Fanu menar att medicinens mål, att bota och lindra, kommit ur sikte.

**Le Fanu definierar** fyra paradoxer i det medicinska framstegsparadigmet. Den första handlar om den desillusionerade läkaren och läkarrollens minskade samhällsstatus. Den andra rör befolkningens hälsa: Varför har inte sjukligheten minskat eller åtminstone oron över sjukdom minskat? Tvärtom tycks människor idag mer ängsliga än tidigare. Idéhistorikern Karin Johannisson har i en recension av Le Fanus bok, *Dagens läkare* har övergivit patienterna, framhållit att medicinen själv med sin upplysning bidrar till hotbilden (genom antirök-kampanjer, diskussion om galna ko-sjuka etc).

För mig är det uppenbart att en fullt genomförd patientautonomi kräver total uppriktighet och transparens även avseende risker.

Antropologen Lisbeth Sachs har vad gäller genetik screening framhållit problemet »att leva med risk« i flera arbeten. Samtidigt måste vi inse, och pedagogiskt förmedla, att även om hälsooron är större idag, så är det konkreta hotet för vissa sjukdomar avvärvat. Vi blir äldre för att vi slipper dö i akuta infektionssjukdomar, men dör istället i kroniska sjukdomar och tumörsjukdomar. Var det ett bra byte, kan man naturligtvis retoriskt fråga sig.

Le Fanus tredje paradox handlar om alternativmedicinens framgång. Men att människor söker sig till alternativmedicin är ingalunda att förvåna sig över i en tid då ambivalensen inför medicinens framsteg är stor, samtidigt som man mer än tidigare är hänvisad till sin egen beslutsfrihet. Lagg därtill skolmedicinens närmast paradigmatiska försummelse av läkekunsten, så blir alternativmedicinens relativa framgång inte svårbegriplig.

**Le Fanus fjärde paradox** rör de ökande sjukvårdskostnaderna. Detta är naturligtvis ett betydande problem, såväl i Sverige som internationellt. Men att en alltmer avancerad medicin är kostnadskrävande ter sig knappast som en para-

dox. Snarare har den samband med Le Fanus andra paradox; varför blir vi inte friskare när medicinen blir allt dyrare?

Till skillnad från ovan refererade medicinhistoriker menar Le Fanu att medicinens fall inträffat alldeles nyligen. Han riktar sin skarpa kritik såväl mot den nya genetiken som mot socialmedicinen. Bådas ideologier har, menar han, fört medicinen bort från sjuksängen.

Resultaten av socialmedicinska teorier samt av genetisk ingenjörskonst är magra, hävdar Le Fanu. Detta är provokativt och tål säkert att diskuteras, men visst kan man känna sympati för Le Fanus recept till förändring: Självreflektion inte minst över den egna närhistorien, uppvärdering av den kliniska erfarenheten och utövande av god läkekonst.

Le Fanu polariserar mellan laboratorieläkaren och klinikern, och menar att den förstnämnde dominerar. Denna polarisering ter sig haltande. Jag tror inte att laboratorieläkaren har högre status än klinikern.

Ute i vanlig sjukvård sker mellan dessa båda kategorier ett gott samarbete, med patientens bästa för ögonen. Patienten uppskattar av naturliga skäl klinikern bättre än den för honom eller henne anonyme laboratorieläkaren.

**Nej, den möjliga** bekymmersamma polariseringen ligger på forsknings- och utbildningsnivån. Jag tror att Le Fanu hade träffat mer rätt om han beskrivit klyftan mellan laboratoriebaserade medicinska grundforskare och medicinska praktiker. Medicinsk forskning – och därmed också utbildning – domineras idag kraftigt av en alltmer förfinad mikronivå som studerar den materiella kroppens innersta logik. Det som försummas är »en mjuk men vag makronivå som vill förstå sjukdom i en mångdimensionell bioskosocial kontext«.

Medicinens postmoderna utmaning är att återskapa befolkningens förtroende trots att man inte tummar på patientens rätt att bestämma över sig själv. Då måste man inte ge upp men komplettera den dominerande naturvetenskapliga människosynen med en humanvetenskaplig, som lyfter fram människan som en mångtydig, tolkande social och andlig varelse. Allt blir mycket mer komplicerat då, ingenting är längre fyrkantigt.

Därför behövs förmodligen en smärre revolution inom medicinsk forskning och framför allt inom medicinsk utbildning. Kanske går det inte längre att hålla ihop hela grundutbildningen för dem som skall bli medicinska grundforskare och dem som siktar mot att bli praktiserande läkare.

Men vem påverkar egentligen den medicinska utbildningens innehåll? Sam-

*Vem definierar vad som är friskt och vad som är sjukt?*

hället ställer givetvis krav, men är de så allmänt hållna att inommedicinska krafter kan fylla utbildningen efter eget godtycke?

En konsekvens av en humanvetenskaplig komplettering till det rådande paradigmet är att det som vi lägger i begreppet läkekonst blir avgörande i det mycket speciella mellanmänskliga möte som patient-läkarrelationen är. För läkarpraktikern gäller det att balansera mellan att vara expert och medmänniska.

Det gäller att vara sig själv, att säga som det är, men säga det på ett individuellt och situationsanpassat sätt. Självklart måste vi kunna värdera, men kanske inte mäta, vad god läkekonst är – och meriterna detta vid tjänsteställningar och löneförhandlingar.

Vad en sjuk medmänniska önskar sig är förstas professionell kompetens – ett begrepp som innefattar såväl kunskap i medicinsk vetenskap som läkekonst – och därutöver en kontinuitet, dvs att känna den trygghet som upprepade möten med samma förstående och förklarande läkare medför. Läkarbrist och tilltagande specialisering motverkar dessa önskemål.

Specialistintressenas gränsdragning mellan sakvetenskapliga skäl och revirhävanden måste vara tydlig.

**Samhället och medicinen** måste också tillsammans hitta hållbara lösningar på de stora sjukvårdsproblemen. Dagens största bekymmer är inte längre brist på pengar utan brist på personal. Man kan givetvis tänka sig att vi framöver åter lockar fler att bli vårdare och att personalbristen minskar. Då blir åter ekonomin begränsande. Framtidens sjukvård ser ut att pendla mellan brist på personal och brist på pengar.

Parallellt med att läkaren blivit mer specialiserad samt tappat i såväl aukto-

ritet som status så syns läkaren allt mindre i samhällsdebatten. I den massmediala svenska stamcellsdebatten 2001 har ytterst få läkare deltagit.

Samma sak var det med kejsarsnittdebatten. Medicinska frågor har alltid en etisk dimension och bör därför vara levande på det breda samhällsreliga etiska torget. Med sin sakkunskap ter det sig angeläget att läkarna medverkar i den offentliga debatten – även utanför strikta medicinska fora.

**TEXT: Carl-Magnus Stolt**

*chefläkare Södra Älvsborgs sjukhus, Borås, professor i humanistisk medicin, Karolinska institutet, Stockholm.*

## Referenser

- Cooter R, Pickstone J. *Medicine in the 20th Century*. Harwood Academic Publishers, 2000.
- Brandt AM, Gardner M. *The Golden Age of Medicine?* In: Cooter R, Pickstone J, editors. *Medicine in the 20th Century*. Harwood Academic Publishers, 2000.
- Stolt CM. »När man är förfärligt ledsen söker man – tror ni inte det? – människan.« Patienter skriver till doktor Poul Bjerre. En studie i patientbrev till en berömd själsläkare. *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift* nr 5, 2001.
- Stolt CM. Evidensbaserad medicin: Tio kritiska invändningar mot en värdefull metod. *Läkartidningen* 2001;98:3255-6.
- Pickstone J. Production, Community and Consumption: The Political Economy of Twentieth-Century Medicine. In: Cooter R, Pickstone J. *Medicine in 20th Century*, Harwood Academic Publishers, 2000. p. 17
- Le Fanu J. *The rise and fall of modern medicine*. London: Little Brown, 1999.
- Johannison K. Dagens läkare har övergivit patienterna, understreckare, *Svenska Dagbladet*, 11 mars 2001.

*Läkaren kan lika lätt bli hjälte som djävul.*