

Pionjärers arbete i motvind födde två nya medicinska specialiteter



JAN G LARSSON, med dr, överläkare, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala
jan@trolin.net

INGER HOLMSTRÖM, docent, leg sjuksköterska, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

De flesta läkare har någon gång sänkt huvudändan på en patient med lågt blodtryck. Och många småbarnsföräldrar har fått hembesök av BVC-sköterskan, som berättat för dem hur man kan minska risken för att barnen ska råka ut för en olyckshändelse. Båda åtgärderna är till synes enkla men har räddat många liv. Bakom dem står två pionjärer bland svenska läkare, narkosläkaren Torsten Gordh sr (född 1907) och socialmedicinaren och barnläkaren Ragnar Berfenstam (född 1916).

Även om de verkat inom två till sin karaktär så skilda specialiteter som anesthesiologi och socialmedicin har de mycket gemensamt. De införde var sin ny medicinsk specialitet, och de upprätthöll professurer i sina respektive ämnen under ovanligt många år. Båda två har arbetat långt efter uppnådd pensionsålder, både som forskare och som kliniskt verksamma läkare.

Två läkare med en sådan bakgrund torde ha kunskaper och erfarenheter utöver det vanliga och mycket att berätta för unga läkare och medicinstudenter. Vi har därför genomfört en intervjustudie för att beskriva Torsten Gordhs och Ragnar Berfenstams upplevelser som läkare och forskare.

METOD

Denna studie syftar till öka förståelsen för hur två pionjärer inom svensk sjukvård upplevt sitt arbete som läkare och forskare. Upplevelser är inte kvantifierbara men kan ändå undersökas, och då är kvalitativa metoder lämpliga. Därför valde vi att göra en kvalitativ intervjustudie [1].

Intervjuerna gjordes år 2004 hemma hos de två läkarna och spelades in på band. Intervjuaren (JL) ställde tre öppna frågor:

- Vad har varit kärnan i ditt arbete?
- När upplevde du att arbetet var svårt och vilka hinder stötte du på?
- När var du nöjd med ditt arbete?

Frågorna följdes upp med fördjupningsfrågor, och läkarna uppmanades att ge konkreta exempel från sin egen yrkesverksamhet. Intervjuerna skrevs ut ordagrant och analyserades av författarna var för sig.

ANALYS

Den metod som använts, tematisk analys enligt Malterud [2], har fyra steg:

- Genomläsning av texten för att få överblick.
- Markering i texten varje gång meningsinnehållet i texten skiftar.

»Influenserna från USA är tydliga vad gäller både socialmedicinens och anestesins utveckling.«

- Kondensering av meningsinnehållet och omskrivning till forskarens språk.
- Sammanfattning av det kondenserade meningsinnehållet i olika teman.

Slutligen jämfördes och diskuterades resultaten tills samstämmighet uppnåtts, så kallad förhandlad konsensus (negotiated consensus).

RESULTAT

Sju teman identifierades i analysen:

- Lansering av en ny specialitet
- Motstånd mot nytänkande
- Nyfikenhet som bas för livslångt lärande
- Relation till andra yrkesgrupper
- Glädjen i det kliniska arbetet
- Förundran och omsorg om det ömtåliga livet
- Helhetssynen – den vida blicken.

Lansering av en ny specialitet

Influenserna från USA är tydliga vad gäller både socialmedicinens och anestesins utveckling. Efter andra världskriget öppnades nya möjligheter att resa och ta del av erfarenheter från andra länder. Torsten Gordh beskriver hur svenska kirurger efter kriget reste utomlands till England och USA och såg lugna och säkra narkoser. Så småningom kom ett förslag att narkosläkare skulle finnas på varje sjukhus.

»... jag insåg att det han [Ralph Waters, USAs förste professor i anesthesiologi] gjorde var helt enkelt att tillämpa fysiologi och farmakologi på en människa i narkos... jag kom till Madison, Wisconsin, där jag stannade i 1,5 år och fick min utbildning... och jag tog med mig, man kan säga, den amerikanska anesthesiologins standard till Sverige och började tillämpa samma principer här. Jag fick ett laryngoskop, tuber, och sedan fick det sköta sig självt.«

För socialmedicinens del blev det en epidemiologisk anknyt-

SAMMANFATTAT

För att bli pionjär som Torsten Gordh och Ragnar Berfenstam krävs en förmåga att se det som ännu inte finns, att uppfatta vilka möjligheter som ligger förborgade i ett nytt kunskapsfält.

Att introducera en ny medicinsk specialitet uppfattades som ett intrång av företrädare för etablerade specialiteter. De nya specialiteterna betraktades som obehövliga.

Torsten Gordh och Ragnar Berfenstam fortsatte sin forskning under många år efter uppnådd pensionsålder och tycks då ha haft några av sina lyckligaste yrkesår.

Dessa två läkare lyckades kombinera sitt banbrytande vetenskapliga arbete med en läkargärning präglad av omsorg om patientens väl och av glädje och entusiasm i det kliniska vardagsarbetet.

»En stark tro på behoven av en ny specialitet och vinsterna med nytänkandet hjälpte dem under den initiala fasen.«

ning genom att en läkare som också härrörde från USA hade påpekat behovet av att undersöka barnolycksfall: »accidents are more preventable than diseases«.

Målsättningen var att arbeta preventivt och att understödja barnens hälsa och utveckling. Därmed blev det en naturlig koppling till verksamheten vid barnvårdscentralerna. Berfenstam konstaterar att preventivt arbete alltid har varit behäftat med svårigheter, inte enbart när det socialmedicinska tänkandet var nytt.

»... prevention är väldigt svår, alltså den stora preventionen. Och idag är det ju inte så att folk saknar kunskap, men att ändra till nya attityder och sedan till ändrade vanor, det är svårt, det. Det är svårt, och varför är det så stora sociala skillnader? Är det att det ibland i vissa grupper saknas planering och långsiktighet? Man reagerar snabbt på, säg, ett njutningsmedel, alldeles för snabbt, utan att ... och sedan går man inte tillbaka.«

Så småningom tillkom den första internationella jämförande studien efter ett studiebesök hos Berfenstam av två läkare från Harvard. Man jämförde vissa sjukdomsgrupper i relation till sjukvårdssystemet i Sverige, England och USA.

Motstånd mot nytänkande

Båda läkarna upplevde ett starkt motstånd mot införandet av en ny specialitet och ett nytt tänkesätt. De fick utstå mycket kritik och ifrågasättande. Berfenstam beskriver reaktioner från kollegor efter 1954 års proposition om socialmedicin.

»Då sa man på vissa ställen 'vi har inte tid'. Vi hade ett par motsträviga personer här. Ask-Upmark sa 'det har vi alltid gjort' sa han, 'vi har alltid talat om detta så det behövs inte'. Och så var det gynekologen som svarade 'det där behövs inte'. I övrigt så var fakulteten ljum ... Du vet, det var väldigt jobbigt med socialmedicin ... alla var kritiska till det här.«

En stark tro på behoven av en ny specialitet och vinsterna med nytänkandet hjälpte dem under den initiala fasen. Gordhs införande av anesthesiologin sågs som ett angrepp på kirurgin.

»... hade träffat en framstående kirurg som sade 'det är två saker som egentligen inte behövs inom kirurgin. Det ena är narkosläkare, det andra är blodtransfusioner'.«

Gordh fann dock att resultat fungerade bättre än retorik när det gällde att bemöta kritiken.

»... kirurgerna märkte att dom som fått en utbildning hos mig gav bättre narkos med bättre överlevnad, mindre mortalitet, mindre morbiditet ... så jag visade ju resultat i stället för att tala om att de inget begrep.«

Nyfikenhet som bas för livslångt lärande

Detta att man aldrig bli fullärd har fungerat som en motor för Gordh och Berfenstam att ständigt sökande gå vidare för att få nya kunskaper och erfarenheter. Nyfikenheten som drivkraft

tycks inte ha avtagit med hög ålder.

Berfenstam beskriver hur han efter pensioneringen från professuren i socialmedicin gick in i ett nytt verksamhetsfält.

»Men sen när jag pensionerats, då hade jag kanske min roligaste tid ... för då fick jag ett uppdrag från WHO, då fick jag ett uppdrag att vara konsult när Malaysia skulle göra en sjukvårdsplan ... Jag var i Kina och hade kurser i hälso- och sjukvårdsforskning, och jag träffade en massa intressanta människor.«

Gordh var med och bildade Svenska narkosläkarklubben.

»... vi hade möten ungefär en gång i månaden, och då drog vi våra fall, alla dödsfall t ex gick vi igenom: om vi hade kunnat göra något, om vi hade kunnat förhindra det.«

Relation till andra yrkesgrupper

Både Gordh och Berfenstam har sett behovet av att inte enbart fokusera på utveckling av läkarkåren, utan att också skapa kompetenta team. De har därför undvikit revirtänkande och i stället uppmuntrat både kollegors och andra yrkesgruppers kompetensutveckling. Torsten Gordh var mycket engagerad i utbildningen av nya narkosläkare och initierade även utbildningen av narkosköterskor, en yrkesgrupp som i Sverige kommit att sköta stora delar av arbetet på anestesiklinikerna.

»Det är både läkare och sköterskor och kandidater ... dom gick hos mig och fick sin utbildning ... läkare och sjuksköterskor med bibehållen lön på egna lasarettet. Så det visade ju behovet, att det var värdefullt.«

Under en stor del av Berfenstams yrkesverksamma tid var problematiken med barn födda »u ä« (utom äktenskapet) ständigt aktuell, och de ensamstående mammornas status i samhället var låg. Kuratorernas arbete spelade där en central roll, och Berfenstam arbetade för att stärka deras yrkeskår. Han var under en tid chef för kuratorsverksamheten vid Akademiska sjukhuset.

»... eftersom jag jobbat mycket med kuratorerna hela tiden, så blev jag anställd av Akademiska sjukhuset ... som chef för kuratorerna här, och jag fick igång ... jag fick igång så att det började, det var en kurator, sedan blev det två och sedan blev det ju 25 stycken, och efter cirka tio år så blev jag så kallad överläkare i socialmedicin, med uppgift att vara chef och utbildningsledare för kuratorerna.«

Glädjen i det kliniska arbetet

Trots uppenbara olikheter i Berfenstams och Gordhs respektive verksamhetsfält är glädjen i det kliniska arbetet med alla möten med patienter en röd tråd som bär genom intervjuerna. Ingen av dem har tröttnat på vardagsverksamheten eller önskat få ägna sig enbart åt forskning.

»... och det tyckte jag var väldigt roligt, detta att möta mammorna och barnen med dom vardagsproblem som jag kände från min egen familj, och man kunde lugna och ställa till rätta, det var inte tid till sånt i vanliga fall, men på barnvårdscentralen var det, ja, fantastiska barnvårdscentralssköterskor ... Sen tyckte jag att prematurvården var väldigt roligt, just då hade det kommit kuvöser alltså, AGA hade satt igång, och vi läste då

FAKTA

Ragnar Berfenstam, född 1916, professor emeritus i socialmedicin vid Uppsala universitet

1943: Legitimerad läkare
1952: Medicine doktor, specialist i barnmedicin, docent i pediatrik, senare i socialpediatrik
1957–75: WHO:s rådgivare i olycksfallsprevention och läkarutbildningsfrågor
1960–80: Professor i socialmedicin, Umeå och Uppsala universitet
1990: Nordiska folkhälsopriset
1997: Guldmedalj »Illis quorum meruere labores«
2002: Jubeldoktor vid Uppsala universitet
2004: Gustaf Adolf-medaljen i guld

Torsten Gordh sr, född 1907, professor emeritus i anesthesiologi och intensivvård vid Karolinska institutet

1935: Legitimerad läkare
1938–40: Tjänstgöring i Madison, Wisconsin, USA, utbildning i anesthesiologi med Ralph Waters som lärare
1940: Tillträder den första narkosläkartjänsten i Sverige vid Serafimerlasarettet och Karolinska sjukhuset
1945: Medicine doktor
1946: Docent vid Karolinska institutet
1963–74: Professor i anesthesiologi och intensivvård vid Karolinska institutet
1995: Jubeldoktor vid Karolinska institutet
 Hedersdoktor vid Helsingfors universitet
 Hedersledamot i Royal College of Anaesthetists

om en pediater i Birmingham, Mary Cross, jag kommer till och med ihåg hennes namn, och hon hade lyckats att få ett barn som vägde 1 000 g att leva över, och det tyckte vi var fantastiskt.»

Även Torsten Gordh fann stort nöje i patientarbetet.

»Ja, det var ett nöje, ska jag säga, att vara narkosläkare ... Jag skulle kunna skriva om många år, 60 år av glädje ... Det var roligt att söva, det var ett nöje, och ju sämre patientens tillstånd var, ju roligare var det. Ja, för att, det var utmaningen, utmaningen var större. Så, hade man klarat en hundraåring med collum-fraktur, eller en nyfödd med esofagusatresi, då var man mycket stolt och nöjd.»

Förundran och omsorg om det ömtåliga livet

Varken Berfenstam eller Gordh tycks ha låtit det gå rutin i det kliniska arbetet. Trots en förmåga att i stunden fokusera på sin arbetsuppgift reflekterar de båda över hur skört livet är och hur sårbara och utlämnade deras patienter varit. I Gordhs fall handlade det om att även ett rutinartat kirurgiskt ingrepp innehåller en komponent av ovisshet, där varje patients reaktion på narkos var oförutsägbar. Många av patienterna var också svårt sjuka personer.

»... vissheten av att en narkos ... det är ett tillstånd mellan liv och död. Och den vissheten gjorde att man tog det mycket allvarligt.»

För Berfenstams del gällde det de sköra nyfödda som han arbetade med på neonatalavdelningen, och så handlade det om barnen på barnavårdscentralerna. Han poängterar möjligheterna att hjälpa, och barnets naturliga förmåga att utvecklas och gå vidare till friskhet. Men många smittsamma barnsjukdomar grasserade, och antibiotikan har funnits under bara en del av Berfenstams yrkesverksamma tid.

»De akuta sjukdomstillstånden var väldigt svåra ... vi såg ju också de här akuta reumatiska sjukdomarna och hjärtproblemen ... och ofta fick vi ta hand om de tuberkulösa meningiterna ... Och så såg vi dessa, som vi inte kunde göra något åt, dessa leukemier, barnleukemier-na som bara låg där.»

Båda arbetade med att minimera risker för dessa utsatta patienter, på olika sätt. Gordh t ex genom införandet av »de fyra S:en«: sänkt huvudände, svalgtub, sug och syrgas. Dödligheten vid narkos sjönk på tre år från 12 procent till 6 procent på de två kliniker där Gordh var verksam.

Berfenstam arbetade genom t ex ett preventionsprogram mot barnolycksfall, och man lyckades minska antalet dödsfall:

»Och då, när vi slutade efter 25 år, så hade det gått ner; i stället för 450 så var det 200, och sedan jobbade vi vidare, då först i barnmiljörådet och sedan med barnombudsmannen och nu är det nere i 50–60, en per vecka, en och en halv per vecka mot åtta.»

Även det totala antalet olycksfall minskade markant, t ex brännskador i hemmet, som tidigare var mycket vanliga.

Helhetssynen – den vida blicken

Varken Berfenstam eller Gordh tycks ha nöjt sig med att se till enbart det somatiska, de ville se varje patient som en unik individ. De såg också behoven av att ge stöd och uppföljning. Givetvis yttrade det sig olika i deras olika specialiteter. För Gordh handlade det om att se patienten såväl före som efter narkosen: att skapa trygghet och att följa upp, också för det egna lärandets skull.

»Det är viktigt att man liksom tar en anamnes på patienten också och försöker att se, man kan ju se ... den här patienten måste sova, den här klarar vi i lokalanestesi. Den erfarenheten man får genom att söva många patienter, då får man till slut en blick för vad de behöver.»

Den vida blicken innebar även att inte enbart rikta fokus mot patienten, utan även att noggrant följa kirurgens arbete – alltså: under operationen ständigt observera både patienten och kirurgen. För att samarbetet med kirurgen skulle flyta bra ville Gordh ha ögonkontakt. Han brukade stå upp under operationen så att han kunde följa arbetet och visste när patienten behövde sövas djupare.

Berfenstam beskriver å sin sida hur han efter en journatt kunde ringa upp familjen dagen efter för att förhöra sig om barnets tillstånd och ge möjlighet till stöd och att ställa frågor. Han poängterar också vikten av en noggrann social anamnes inom pediatriken.

»Kanske särskilt att hjälpa familjerna, det var ju de som hade det jobbigast, barnen, klart, väldigt små barn har det ju jobbigt på sitt sätt, men det var ändå familjen som led mest av att ha ett svårt sjukt barn.»

Att arbeta på detta sätt var naturligtvis enklare när sjukvården var organiserad på ett annat sätt; läkarnas frihet och självbestämmande var större och pressen på vårdsektorn inte lika stor.

»... att inte gå förbi en patient bara med den här rent somatiska ... Men alltså se människan i sin helhet var det ena försöket, det andra var att se människan som en del

av grupper, först familjegruppen och sedan den större gruppen.»

DISKUSSION

Att vara pionjär är inte bekvämt. När en ny medicinsk vetenskapsgrän gör anspråk på att ta över en del av en sedan länge etablerad specialitet uppfattas det lätt som ett intrång. Den nyligen beslutade förändringen av indelning i medicinska specialiteter i Sverige har föregåtts av en intensiv debatt, och representanter för flera medicinska områden har sett sina verksamhetsfält hotade [3]. Både Gordh och Berfenstam fick arbeta i motvind och blev ifrågasatta – deras nya specialiteter ansågs onödiga. Många kirurger ansåg att de även i fortsättningen kunde ta ansvar för narkosen under sina operationer. För socialmedicinens del tyckte vissa professorer att de själva var fullt kapabla att ta ansvar även för sociala aspekter och problem. De hävdade att det inte behövdes någon särskilt utbildad läkare för detta.

Företrädarna för det gamla såg de nya specialiteterna som en onödig avknoppning av något som redan existerade. Vad de inte uppfattade, kanske inte heller kunde uppfatta, var att de nya specialiteterna stod för ett nytt sätt att se. Genom att utveckla nya vetenskapliga kunskapsfält skapades underlag för två nya läkarspecialiteter med egna professionella identiteter. Anestesiologins inträde som ny vetenskap innebar att den tillämpade fysiologin blev ett medel att upprätthålla homeostas i vitala funktioner och möjliggjorde stora operationer på gamla och svårt sjuka patienter. Socialmedicin som ny specialitet innebar att man med en ny blick började undersöka samhälleliga

orsaker till sjukdomar. Några av de riktigt stora insatserna för att förbättra folkhälsan hade inte blivit förverkligade utan socialmedicinens. Ett exempel som redan nämnts är prevention av barnolycksfall, där Berfenstam var både idégivare och genomförare. Sedan 1950-talet har antalet dödsfall hos barn på grund av skador minskat från 450 per år till under 50, vilket gör detta till en av 1900-talets största medicinska landvinningar i Sverige.

Professionalism innebär att läkaren är expert på sitt arbete i alla dess aspekter [4, 5] och använder sin specialkunskap utan egenintresse för att tillgodose sina patienters grundläggande behov [6]. Ur Torsten Gordhs och Ragnar Berfenstams berättelser kan vi utläsa att båda två varit inte bara framstående vetenskapsmän utan också professionella, omtänksamma och skickliga läkare för sina patienter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Patton M. Qualitative research & evaluation methods. London: Sage Publications Ltd; 2002.
2. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur; 1998.
3. Lugn veteran står i centrum för specialistläkarnas vrede. Dagens Medicin 2003-01-31.
4. Larsson J, Holmström I, Rosénqvist U. Professional artist, good Samaritan, servant and co-ordinator: Four ways of understanding the anaesthetist's work. Acta Anaesthesiol Scand. 2003;47(7):787-93.
5. Sandberg J. Understanding competence at work. Harvard Business Review. 2001;79:24-6.
6. Pellegrino E. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. Mt Sinai J Med. 2002; 69(6):378-84.

halvsides annons