

Læknavísindin eru alltaf að koma róti á hugmyndaheim manna

Rætt við Stefán Hjörleifsson lækni og heimspeking í Björgvin



Stefán Hjörleifsson læknir.

Á HAUKELAND háskólasjúkrahúsinu í Björgvin í Noregi starfar nokkur hópur íslenskra lækna. Einn þeirra er Stefán Hjörleifsson sem stundar rannsóknir við háskólaskor í heimilislækningum. Áður hafði hann tekið inntökupróf í lækisfræði við Háskóla Íslands og staðist það en snerist hugur og hóf nám í heimspeki í staðinn. Að loknu BA-prófi í heimspeki lá leið hans til Björgvinjar þar sem hann lauk prófi í lækisfræði fyrir þremur árum.

Menntunar sinnar vegna hefur Stefán verið virkur þátttakandi í umræðum um siðfræði læknavísinda. Undanfarin fjögur ár hefur hann tekið þátt í störfum áhugahóps um siðfræði sem nefnir sig *Filosofísk poliklinikk* og mætti útleggja „Heimspekileg göngudeild“. Stefán hélt fyrirlestur á ráðstefnu Líffræðingafélags Íslands og Siðfræðistofnunar um lífvísindi sem fram fór hér á landi í september og þá hitti Læknaþaðið hann að máli. Fyrst var Stefán beðinn að greina frá starfi Filosofísk poliklinikk.

Þröstur
Haraldsson

Heimspekileg göngudeild

„Þetta er lítil hópur lækna og læknanema í Björgvin sem hefur staðið fyrir opnum fundum um siðfræði mánaðarlega í fjögur ár. Þetta eru kvöldfundir þar sem við fáum góða fyrirlesara og á eftir eru umræður. Áhuginn á þessum málum er mikill því á þessa fundi mæta frá 50 upp í 300 manns, alls konar fólk, lækna og aðrir heilbrigðisstarfsmenn, nemendur og almenningur.

Þarna er tekið á ýmsum málum sem eru ofarlega á baugi í stefnumótun og opinberri umræðu um heilbrigðisþjónustu, einkum þó þá hluti sem ekki tengjast ákveðnum greinum og vilja þar af leiðandi verða dálítið útundan í umræðunni. Á þessum fundum hefur verið rætt töluvert um læknanámið og almennt um tæknivæðingu læknavísindanna en einnig um afmarkaðri mál. Til dæmis höfum við efnt til umræðu um fíkniefnamál þar sem Norðmenn fylgja fremur íhaldssamri og gamaldags stefnu. Þá var húsfyllir og greinilegt að það brunnu margar siðferðilegar spurningar á fundarmönnum.

Þessir fundir hafa fest sig í sessi og eru orðnir að einskona stofnun. Fólk veit að þarna er boðið upp á góða fyrirlestra og reynt að taka á málum í sameiningu. Þarna fer ekki fram neitt rifrildi heldur er fjallað um mikilvæg mál. Nú erum við að undirbúa fund um stjórnun spítala í ljósi þess að í Noregi á að taka upp einþætta stjórnun á sjúkrahúsdeildum. Það er opnað fyrir það að yfirmenn deilda þurfi ekki að vera lækna heldur geta til dæmis hjúkrunarfræðingar eða rekstrarfræðingar orðið yfirmenn þeirra. Þetta er hitamál og við viljum reyna að varpa ljósi á það í hverju góð stjórnun er fólgin.“

Menningarlegar aukaverkanir

Erindi Stefáns á ráðstefnu Líffræðingafélagsins og Siðfræðistofnunar nefndist *Erfðavísindi og samfélag* en í því velti hann fyrir sér víðtækum áhrifum vísinda á samfélagið, ekki bara vegna tilkomu nýrra lækningaaðferða eða lyfja heldur almenn áhrif.

„Það má taka dæmi af getnaðarvarnapillunni sem kom fram upp úr 1960 og hafði gífurleg áhrif. Hún veitti fólki frelsi til kynlífs og gjörbreytti viðhorfum okkar til þess. Hún hafði mikil áhrif á jafnréttisbaráttu kvenna sem blossaði upp skömmu

síðar, meðal annars vegna þess að pillan beindi athygli fólks að kynlífi kvenna sem legið hafði í þagnargildi fram að því. Við þetta kviknuðu ótalmargar nýjar siðferðilegar spurningar og þannig kom pillan róti á hugmyndaheim mannsins eins og læknávisindin eru raunar alltaf að gera.

Ég tel að mannfæðisindin muni hafa gríðarleg áhrif á hugsunarhátt okkar. Víða erlendis er vinsælt að nota hugtakið „medicalisation“ um slík áhrif en það hefur stundum verið þýtt sem sjúkdómsvæðing. Mér finnst betra að nota hugtakið menningarlegar aukaverkanir heilbrigðisþjónustunnar. Allir læknar þekkja aukaverkanir og vita að þær geta birst með ýmsum hætti og oft í allt öðrum hluta líkamans en þeim sem verið er að lækna. Þær geta bæði verið góðar og vondar og mega því alls ekki vera neikvætt hugtak. Menn gera sér oft ekki grein fyrir þeim en þeir sem gera það eru betri læknar fyrir vikið.“

Sölumennska með sjúkdóma

Menningarlegar aukaverkanir hafa verið töluvert ræddar upp á síðkastið og rykið dustað af skrifum Ivans Illich frá áttunda áratugnum en hann gaf út fræga bók um þær sem hét *Medical Nemesis*. Þá var honum ýmist mætt af algeru tómlæti eða mikilli hörku.

„Nú eru menn að velta fyrir sér hugmyndum hans eins og sást til dæmis í þemahefti *British Medical Journal* (1) í vor. Þar voru menningarlegar aukaverkanir lækninga til umræðu og meðal annars greint frá fyrirbæri sem enskumælandi menn nefna „disease mongery“ eða sölumennska með sjúkdóma. Víða er farið að bera á því að lyfjaiðnaðurinn, sérfræðingar úr læknastétt og jafnvel samtök sjúklinga sjái sér hag í því að ýkja öll einkenni sem gætu bent til sjúkdóma. Með því móti er reynt að auka þörfina fyrir meðferð og sölu lyfja. Eitt dæmi sem nefnt var um slíkt var nýtt lyf við skalla hjá karlmönnum sem lækna þarf að ávísa auk þess sem hann stjórnar meðferðinni. Þess eru líka dæmi að menn ýki tölur um algengi og verkanir sjúkdóma. Þannig segir til dæmis í ofangreindu hefti BMJ að á undanförunum árum hafi félagslegur kvíði (social phobia) verið „markaðssettur“ af mikilli hörku í Ástralíu, en háttsettur yfirmaður tiltekens lyfjafyrirtækis hefur viðurkennt að rangt hafi verið farið með tölur um útbreiðslu sjúkdómsins í því skyni.

Tæknivæðing læknisfræðinnar ýtir undir neikvæðar menningarlegar aukaverkanir því fólk fer að líta á sjúkdóma sem tæknilegt vandamál. Það fer að leita til læknis í tíma og ótíma og læknum veitist erfitt að greina á milli þeirra sem eiga við afmarkaða sjúkdóma að etja og hinna sem haldnir

eru leiða og tilgangsleysi sem á sér rætur í lífi nútímamannsins. Við því duga engar tæknibrellur.“

Siðvit er verkleg þekking

„Í framhaldi af þessum vangaveltum um tæknivæðinguna hef ég tekið þátt í umræðum við háskólann í Björgvin um það hvernig hægt sé að tryggja það að læknar verði ekki þröngri tæknihyggu að bráð, hvort hægt sé að setja inn í læknisnámið mótvægi við tæknilegum hugsunarhætti. Læknanemum er auðvitað ljóst að þeir eiga að koma vel fram við sjúklinga en það er ekki hægt að kenna siðvit í fyrirlestrasal. Í Bandaríkjunum var komið á fót svonefndum Medical Humanities í flestum læknaháskólum á áttunda áratugnum en þar var reynt að efla siðvit læknanema með því að láta þá lesa heimspeki og bókmenntir. Þetta þykir ekki hafa gefist nægilega vel.

Það sem menn hafa verið að komast að er að siðvitið verður til í verklegri þjálfun, það er í sjálfu sér verkleg þekking sem ekki verður lærd af bók. Ég hef sjálfur upplifað hversu erfitt það getur verið að beita tæknilegri kunnáttu sinni og viðhalda samtímis þeirri sýn á sjúklinginn að hann sé mannlæg vera. Maður einbeitt sér við að nota tæknina á svipaðan hátt og þegar bifvélavirki gerir við vél í bíl. Munurinn er sá að læknirinn er að fást við mannlega veru og það verður æ erfiðara að hafa það hugfast eftir því sem tækninni fleygir fram.

Mér hefur stundum flogið í hug að raunar sé það merkilegt að flestir læknar skuli vera ágætis siðferðisverur, þrátt fyrir námið. Það sýnir að við hljótum að vera skynsemdarfólk í upphafi og að þessi mikla tæknipjálfun megni ekki að skemma okkur. Efling siðvits er ekki á námskrá læknánámsins og kennararnir tala sjaldan um það við nemendur. Áherslan er lögð á raunvísindalegan skilning og tæknilegar aðferðir.“

Sérfræðingar í að flokka

Eins og fram kom í upphafi starfar Stefán við rannsóknir innan vébanda heimilislækningaskorarlæknadeildar háskólans í Björgvin. Eins og mörgum er kunnugt er skipulag heimilislækninga í Noregi töluvert ólíkt því sem við eigum að venjast hér á landi. Þar sem Stefán var í heimsókn á Íslandi þegar deila heilsugæslulækna var á forsíðum blaðanna var freistandi að spyrja hann álitis á stöðu heimilislækna hér og í Noregi.

„Í Noregi halda heimilislæknar uppi öflugri grunnþjónustu og aðrir sérfræðingar viðurkenna að best sé fyrir sjúklinga að leita fyrst til lækna sem eru sérfræðingar í að flokka sjúkdóma. Þau fræði læra engir nema heimilislæknar sem kunna að

rýna í væg og óljós einkenni og geta tengt þau við fyrri sjúkdóma viðkomandi sjúklings eða fjölskylduaðstæður hans.

Heimilislæknar vísa fólki áfram til annarra sérfræðinga ef þeir telja þörf á því og fá fljótlega frá þeim skýrslu með ráðleggingum um hvað best sé að gera. Sjúklingnum er svo skilað aftur til heimilislæknisins sem annast áframhaldið nema rökstudd ástæða sé til að grípa til annarra úrræða. Sjúklingur er ekki sendur á göngudeild nema heimilislæknirinn ráði ekki við meðferðina. Samstarf sérfræðinga á sjúkrahúsum við heimilislækna er gott og þessir hópar ákveða í sameiningu hvað best sé að ráðleggja sjúklingnum.

Skipulag þjónustunnar er líka ólíkt. Opinberar heilsugæslustöðvar þjóna einungis ungbarnaeftirliti og mæðravernd, en flestir heimilislæknar starfa á eigin stofum, oftast tveir til fimm saman. Þeir fá fastar greiðslur sem miðast við höfðatölu sjúklinga

sem skráðir eru hjá þeim og þær greiðslur standa undir fastakostnaði við reksturinn. Ofan á það leggjast greiðslur fyrir unnin læknisverk. Aðrir sérfræðingar starfa langflestir á sjúkrahúsum eða göngudeildum en stofurekstur þeirra er mjög takmarkaður. Yfirvöld halda meðvitað niðri fjölda þeirra sérfræðinga sem fá samning um stofurekstur en nokkur brögð eru þó að því í Osló að sérfræðingar reki stofur án samnings. Þar greiða sjúklingar kostnaðarverð fyrir þjónustuna. Til þess að stjórna þessu kerfi er haldið uppi tilvísanakerfi sem virkar vel og sátt ríkir um,“ segir Stefán og bætir því við að heimilislæknar njóti mikillar virðingar í Noregi og séu líklega best launaðir allra lækna.

Heimild

1. Pemahefti BMJ 13. apríl 2002; 324.