

Ýmsar afleiðingar þekkingar

Yfirleitt er gengið að því sem vísu að því meira sem gert sé til að uppgötva sjúkdóma og ráða niðurlögum þeirra, þeim mun betur sé heilsu manna borgið. En líkt og einstakar lækniáðgerðir geta haft aukaverkanir má hugsa sér að vaxandi umsvif innan heilbrigðisþjónustunnar geti haft óæskilegar afleiðingar. Útgjöld til heilbrigðismála í Bandaríkjunum tvöfölduðust frá 1975 til 1995, læknum fjölgaði um 50%, hjartasérfræðingum um 120% og röntgenlæknum um 530%. Í greininni „Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse?“ sem birt var árið 1999 í JAMA, er fjallað um óæskilegar afleiðingar af þessari þenslu. Höfundar greinarnar, Fischer og Welch, skipta skaðlegum áhrifum þenslu í heilbrigðisþjónustu í þrjá flokka:

1. Fleiri sjúkdómsgreiningar: Aukin áhersla á að greina einstaklinga með væg sjúkdómseinkenni og einkennalaus forstíg sjúkdóma getur leitt til þess að margir greinast með sýndarsjúkdóma, það er að segja sjúkdóma sem ekki hefðu verið mönnum til ama hefðu þeir ekki verið greindir. Þannig má til dæmis greina skemmdir í hnélið hjá fjórðungi ungra fullorðinna með MR-myndum, og forstíg krabbameins finnst í sýnum úr brjóstum allt að 40% kvenna á fimmtugsaldri. Slíkar „sjúkdómsgreiningar“ eru augljóslega kostnaðarsamar, þær valda áhyggjum og stundum oflækningum.
2. Fleiri meðferðir: Meðferð sem reynst hefur vel fyrir vel skilgreindan hóp sjúklinga við staðlaðar aðstæður í tiltekinni rannsókn kann að valda minni ávinningi og meiri skaða í höndum annarra lækna þegar henni er beint að öðrum sjúklingum, til dæmis ef þolendurnir eru langt leiddir og eiga sér litlar ævilíkur, eða ef sjúkdómurinn sem meðferðinni er beint gegn er á frumstigi.
3. Meira að gera: Hættan á mistökum eykst eftir því sem sjúkdómsgreiningum og meðferðum fjölga og þær verða flóknari. Þegar viðamiklar upplýsingar eru fyrir hendi er erfitt að greina milli aðal- og aukaatriða, villur slæðast inn, tilviljunarkennd frávik frá tölfraðilegu meðaltali valla mönnum sýn, meðferðarárangur er ranglega metinn og svo framvegis.

Sjóddu pottur, sjóddu!

Tæknin sem við ráðum yfir elur af sér geysilegt magn upplýsinga. Samkvæmt hugsjónum manna um læknavísindin er hlutverk slíkra upplýsinga að binda endi á óvissu um hvað búi að baki þjáningu manna og veita leiðsögn um meðferð. Eins og fram kemur í grein

Fischers og Welchs eru þess þó fjöldamörg dæmi að lækniáðgerðilegar upplýsingar flæki málin, valdi óvissu eða skaða sem jafnvel er síst skárri heldur en sú óvissa sem olli því að upplýsinganna var leitað.

Í einu af ævintýrum Grimmsbræðra segir frá stúlku sem eignaðist pott með þeirri náttúru að ef farið var með töfraþulu yfir honum sauð hann hinn vænsta graut – allt þar til hann var stöðvaður með annarri töfraþulu. Illa fór þegar móðir stúlkunnar hafði yfir fyrri töfraþuluna án þess að kunna þá síðari til að stöðva pottinn. Grauturinn flæddi látlaust upp úr pottinum eins og hann ætlaði að metta allan heiminn. Upp úr galdrapotti læknavísindanna flæðir geysilegt magn upplýsinga yfir starfsmenn heilbrigðisþjónustunnar, almenning og stjórnvöld. Vitsmunaleg yfirvegum um þá hagsmuni sem eru í húfi hverju sinni, kosti og galla á mismunandi úrræðum, getur átt í vök að verjast gagnvart upplýsingaflæðinu. Páll Skúlason heimspekingur hefur bent á að ef til vill megi líkja mikilvægasta eiginleika lækna jafnt sem heilbrigðiskerfisins í heild við siðvitið. Páll vísar til siðfræði Aristótelesar, en það var kenning hans að siðvit væri frábrugðið bókviti eða verklegri þekkingu, og þegar siðferðilegir hagsmunir væru í húfi mætti siðvitið ekki fara halloka fyrir hinu síðarnefnda. Það liggur í augum uppi að sá sem kann fræðin og handbragðið en beitir þeim ekki til góðs fyrir sjúklinginn er vondur læknir. Þótt raunveruleg mannvonska kunni að vera sjaldgæft ból getur siðblinda hlotist af því að menn leggi einhliða rækt við að þroska aðra eiginleika sína en siðvitið – jafnvel þótt það gerist í nokkurs konar nauðvörn, það er að segja til að geta innbyrt sínýjan sannleika og tileinkað sér nýjustu tækni hverju sinni. Þannig getur til dæmis hugsast að yfirþyrmandi magn upplýsinga um bakflæði, þunglyndi, beinþynningu, háþrýsting og blóðfitu dragi ekki aðeins í einstökum tilvikum úr getu einstakra lækna til að liðsinna sjúklingum, heldur torveldi mönnum jafnvel að móta skynsamlega stefnu í heilbrigðismálum. Þá væri gott að kunna töfraþuluna sem stöðvar pottinn!

Að hugsa um fleira en eitt í einu

Ef sama hugsunarhætti er beitt gagnvart upplýsingaflæðinu og gagnvart aukaverkunum af einstökum lækniáðgerðum verður ljóst að ný þekking getur verið bæði til góðs og illis, og óæskilegar afleiðingar geta birst á allt öðrum sviðum heldur en því sviði þar sem þekkingunni er beitt: Blóðþrýstingslyfið lækkar blóðþrýsting Jóns en veldur um leið svima. Með ómskoðun á 10.-12. viku meðgöngu greinast fleiri fóstur með litningagalla, en skoðunin hefur ákveðna tæknilega annmarka og veldur ákveðinni óvissu og jafnvel sálrangist meðal kvenna. Lyf gegn þunglyndi og kvíða-



Stefán
Hjörleifsson

Höfundur starfar sem heimilislæknir í Noregi og stundar doktorsnám um samfélagsáhrif mannfélagarannsóknanna á Íslandi.

röskunum gagnast fjölda sjúklinga, á hinn bóginn væru það lélegar lækningar að þagga niðri í fólki með slíkum lyfjum en aðhafast ekkert annað ef vanlíðan þess má rekja til pólitísku eða félagslegs misréttis. Þá ætti hugtakið sjúkdómsvæðing vel við því þannig myndu læknar með óbeinum hætti breiða yfir misrétti og gera fórnarlömbum þess bjarnargreiða með því að halda að þeim skammtímalausnum.

Sjúkdómsvæðing

Hugtakið sjúkdómsvæðingu (e. medicalization) má nota um það þegar lögsaga læknávisindanna eða læknisfræðilegs hugsunarháttar víkkar. Flestir líta svo á að sjúkdómsvæðing í þessum skilningi hafi í mörgum tilvikum leitt til mannúðlegri og skynsamlegri afstöðu gagnvart þeim sem minna mega sín heldur en áður á öldum. Þannig er sitthvað sem áður taldist glæpur, synd eða annars konar ónáttúra nú skilið læknisfræðilegum skilningi og meðhöndlað sem slíkt (þetta á til dæmis að meira eða minna leyti við um fíkniefnaneyslu, geðveiki og jafnvel sjálfsvíg). Á hinn bóginn er ekki tryggt að sjúkdómsvæðing sé að öllu leyti eða í öllum tilvikum til góðs. Kjarninn í „sjúkdómsvæðingargagnrýninni“, sem fyrst var sett fram á skýran hátt af Ivan Illich á áttunda áratug síðustu aldar, er að með því að leggja ofurkapp á tæknilega baráttu gegn þjáningu og dauða rýri læknávisindin og heilbrigðiskerfi vestrænna þjóða getu manna til að takast sjálfir á við tilveruna. „Ólögmatir“ landvinnningar læknisfræðinnar í nafni baráttunnar fyrir bættri heilsu eru sagðir bitna á öðrum verðmætum og stefnumiðum sem ekki séu síður mikilvægir í mannlíf-inu heldur en þau sem hæst ber í heilbrigðisþjónustu.

Fyrir rúmu ári var heilt hefti tímaritsins BMJ helgað sjúkdómsvæðingu. Vaxandi afskipti læknávisindanna af ellihrumleika og ellidauða, af kynlífi og fæðingum eru meðal dæma sem rætt er um í þessu tímariti. Í inngangi eftir Richard Smith, ritstjóra tímaritsins, segir meðal annars að þótt læknum hafi þótt gagnrýni Illich fráleit á sínum tíma, hafi ýmislegt

breyst á síðastliðnum aldarfjórðungi og læknum kunnir nú að þykja ríkari ástæða en áður til að velta fyrir sér skaðlegum áhrifum af heilbrigðisþjónustu.

Lokaorð

Ekki verður afsannað að sjúkdómsvæðing sé skaðleg í ofangreindum skilningi með því að skírskota til hins háleita tilgangs lækninga eða benda á góðan árangur af tilteknum læknisverkum. Á hinn bóginn hafa hvorki Illich né aðrir sýnt fram á með óyggjandi hætti að læknávisindin hafi raunverulega drepit sjálfsbjargarviðleitni Vesturlandabúa í dróma né gert þá að heilbrigðis- og tæknifklum. Erfitt er að henda reiður á þeirri þróun sem hér um ræðir – menningarheimur okkar er margslunginn og fátt í honum eingöngu svart eða hvítt. En færa má fyrir því rök – og það hefur Páll Skúlason gert ötullega – að eitt brýnasta verkefni nútímasamfélags sé að tryggja að tæknávisindum sé beitt til góðs, að mannlegir hagsmunir víki ekki fyrir hugsunarlausum tæknibrellum. Sé þetta rétt gildir þetta væntanlega um læknávisindin ekki síður en önnur vísindi, og ef svo er má líta á „sjúkdómsvæðingargagnrýnina“ sem áminningu um ákveðnar öfgar sem brýnt er að varast.

Heimildir

- Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization. From badness to sickness. Philadelphia: Temple University press, 1992.
- Getz L, Kirkengen AL. Ultrasound screening in pregnancy: advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. *Soc Sci Med* 2003; 56: 2045-57.
- Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? *JAMA* 1999; 281: 446-53.
- Hjörleifsson S. Launhelgar læknávisindanna og aukaverkanir af lækningum, *Skírnir* 1998; 172: 456-75.
- Illich I. Limits to medicine. London: Marion Boyars, 1976.
- McGuire MB. Religion, the social context. Wadsworth, 1997.
- Skúlason P. Pælingar, Reykjavík: ERGO, 1987.
- Smith R. Too much medicine? Almost certainly. *BMJ* 2002; 324: 859-60.
- Strand R, Schei E. Gjör kunnskap vondt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1502-6.