

Hva skal medisinen med filosofer?



Tema:
Forstand
og forståelse
i medisinen

Medisinen eksisterer i spennet mellom en nesten selvbegrunnende drift i retning av å sprengte stadig nye grenser og følelsen av at det er mangel på overordnet styring. En kritisk filosofisk undersøkelse av medisinen må klargjøre denne tvetydigheten, men også bidra til å styrke legens autonomi og integritet.

«Mirakel-Anna!» stod det på førstesiden av Nordlys 7.10. 1999. Narvik-legen Anna Elisabeth Bågenholm fortalte hvordan hun bokstavelig talt var blitt reddet fra den visse død. Bågenholm falt på ski og ble sittende fast i en sprekk, inne i en foss. Heldige omstendigheter og dyktige turkamerater, samt en velfungerende redningskjede, gjorde at da hun ankom sykehuset, var det fortsatt håp, selv om hun hadde vært uten hjerte-, lunge- og nyrefunksjon i over to timer.

Bågenholm overlevde nedkjøling til 13,7°C – en verdenssensasjon. «En nesten restituert ung kvinne sto fram på pressekonferansen i går,» forteller Nordlys. «Alle nervene er helt død i begge underarmer og ut til fingerspissene. Hun kan ikke bruke musklene i nevene. Nervene er også skadet i den ene foten slik at hun halter. Men prognosene er gode for å restituere også disse skadene. (...) Hun tar sikte på å komme tilbake i jobb som lege, men til en legejobb der hun ikke er så avhengig av perfekt førlighet i fingrene, røntgenlege kanskje. Foreløpig går dagene med til fysioterapi, ergoterapi og å motta hjemmehjelp. Langsamt går det framover. Målet er å komme tilbake til det hun betegner som et fullverdig liv.»

Inne i avisen var det et stort bilde av Anna sammen med tre smilende leger. Gleden slår imot oss. Livet selv får her et ansikt. Journalisten oppsummerer treffende at vi her står overfor «en solskinnshistorie høyteknologisk medisin».

Ja, «Mirakel-Anna» er et strålende eksempel på hva leger og annet helsepersonell kan utrette. Aldri tidligere hadde noen overlevd så sterk nedkjøling. Når Anna Bågenholm står der og forteller sin historie, er bare én reaksjon rimelig: Man blir målløs av beundring.

Eksemplet er et sinnbilde på hva alle nok innerst inne vil at moderne medisin skal være: redningen, selv når alt håp synes ute. Selv om svært få leger kommer til å oppleve en like dramatisk og grensesprengende redningsdåd, fastholder historien om «Mirakel-Anna» en grunnleggende forestilling, både hos pasientene og legene, om medisinsens

Åge Wifstad

aage.wifstad@ism.uit.no
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
Breivika
9037 Tromsø

Wifstad Å.

What can philosophers do for doctors?

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1115–7.

A tension exists between, on the one hand, the almost self-justificatory aspect of modern medicine's drive towards constantly developing better methods, and, on the other, the feeling that this development is out of control. A critical, philosophical investigation of this ambiguity should aim at strengthening the clinician's autonomy and integrity.

☞ Se også side 1020

yterste mening: Til menneskehetens beste stadig å flytte grensene for hva som er medisinsk og teknologisk mulig. Og selv om historien om «Mirakel-Anna» er en eksepsjonell medisinsk beretning, kan bildet av Anna Bågenholms levende ansikt kanskje oppleves som legitimering god nok også for det mer prosaiske legestev. Vissheten om å være del av et verdensomspennende medisinsk kollektiv som utrettelig arbeider for at nye Annaer skal kunne reddes, gir styrke i den grå hverdagen.

Tvetydig selvforståelse

Den stumme beundringen historier som denne utløser, er ikke bare et privatpsykologisk anliggende. Vi berører her en erfaring som setter sitt preg på medisinsk tenkning. Schei & Gulbrandsen (1) bemerker at refleksjoner omkring medisinsens formål er sjelden kost i så vel lærebøker som i annen medisinsk faglitteratur. De forklarer dette med at medisinnere først og fremst forstår sitt fag som naturvitenskap. Og poenget med å drive naturvitenskap synes opplagt. I lys av historien om «Mirakel-Anna» kan man også si at fraværet av diskusjon om medisinsens formål kanskje henspiller like mye på at medisinen bringer oss i kontakt med mytisk-eksistensielt ladede forestillinger vi ellers knapt tør vedkjenne oss: Vi tror ikke på mirakler, egentlig, men rammes vi for alvor av sykdom, håper vi på et. Vi håper at legen, med sin kunnskap og sin erfaring, skal redde oss fra dødens favntak.

Nå er det ingen motsetning mellom denne



I Tidsskriftet nr. 9–13/2001 publiseres serien Forstand og forståelse i medisinen. Serien er redigert av Pål Gulbrandsen og legene ved Filosofisk Poliklinikk, Universitetet i Bergen (www.uib.no/isf/filpol/)

henvisningen til det magiske og poengteringen av at medisinen naturvitenskapelige selvforståelse effektivt kan blokkere at viktige spørsmål tematiseres. Man kan heller si at disse to aspektene henger nøye sammen, ved at selve måten vi i vår tid forstår vitenskapes rolle på, nettopp har noe magisk ved seg. Vi tror jo at nesten alle problemer av betydning lar seg løse med «mer forskning», som vi sier.

Men det skjuler seg en tvetydighet her. Det er viktig å holde fast ved erfaringen av at det ofte gir seg selv hva legens oppgave er, slik at bare det å reise spørsmålet om medisins mål og mening kan fremstå som en pinlig avsløring av hvor lite spørsmålsstilleren egentlig forstår av legens virkelige hverdagsutfordringer. Motsatt kan det også bli pinlig hvis legen insisterer på at det ikke er noe å diskutere. Begrepet «medisin» rommer i dag så mange forskjellige slags aktiviteter og problemstillinger at referansen til det å redde liv, for eksempel, ikke er dekkende. Og innforståtheten kan være farlig fordi den indirekte bidrar til å uthule det medisinske språket: Den teknisk-instrumentelle rasjonalitet blir mer og mer dominerende siden formålet med det hele unndras diskusjon.

Indre farer

Dette er ingen nymotens bekymring. Allerede på midten av 1800-tallet hevet det seg advarende røster. I sin *Introduksjon til studiet av eksperimentell medisin*, en basistekst for å forstå grunnlaget for moderne medisin, advarte Claude Bernard mot at vitenskapen, nettopp i kraft av sin indre dynamikk, kan komme til å drive uten styring. Årsaken er mangel på «et høyere siktepunkt», sier han (2). (Og filosofien, føyer han til, forsvinner i skyene dersom den mister kontakten med, og korreksjonen fra, vitenskapen.)

En annen betydningsfull skikkelse i medisinhistorien, legen og filosofen Karl Jaspers, advarte for et halvt århundre siden mot «de indre farene» i legegjerningen – farer han mente skrev seg fra at de naturvitenskapelige og teknologiske suksessene holdt på å margstjele medisins humane side (3). Blant disse indre farene regner han «kynisme» og «naturalisme».

Kynismen har sitt forstadium i skeptisismen, sier Jaspers. Nå er en skeptisk innstilling det fremste kjennetegnet på en sunn medisinsk-vitenskapelig holdning, fortsetter han. Men legen eksponeres også på ulikt vis for særlig belastende erfaringer. Andres lidelse og nød trenger inn i privatsfæren. Over tid kan følelsen av at ingen ting egentlig betyr noe, vokse seg sterkere og sterkere. Den sunne skepsis forvandles til en destruktiv kraft. Av ren vemmelse, sier Jaspers, ender skeptikeren til slutt opp som en distansert og desillusjonert betrakter, hvis forhold til pasientene kan bli både kaldt og hensynsløst.

Naturalismen er medisinfagets raison

d'être, ifølge Jaspers. Men slik skeptisismen kan slå om i kynisme, kan naturalismen også bli destruktiv. Den rendyrkede naturalist ser intet annet enn «kausale sammenhenger, en naturens nådeløshet hvor tilfældige, uforutsigbare forandringer (...) gjør enkeltindividet fullstendig betydningsløst». Legen som lar seg forføre av naturalismen, ender opp mismodig og uten håp: «Det finnes ikke noe annet enn dette elendighetens endeløse kretsløp.»

Som et motbilde antyder Jaspers at legeidealet kanskje kan fornyes, dersom legen, uten å skjule seg bak autoriteten fag og stilting gir, forholder seg konkret til pasientens egen livsverden. Dette står ikke i motsetning til bruk av de mest moderne undersøkelsesmetoder, fortsetter han. Men poenget er at legen som har blick for pasientens spesifikke livssituasjon, bruker disse metodene *uten å fortape seg i dem* («verliert sein Urteil nicht an sie»). Legeidealet kan bare fornyes, synes Jaspers å mene, dersom legen makter å beskytte seg mot de farer som ligger i utviklingen av faget selv. Det gjelder aktivt å opprettholde en nødvendig kritisk distanse til sin egen tekniske dyktighet. Dette lyder som et paradoks, men det er vel grunn til å tro at Jaspers ville ha insistert enda sterkere på en slik beskrivelse hadde han levd i dag.

Hvorfor filosofi?

Utviklingen i medisinen har åpnet et stort felt av problemer og dilemmaer som profesjonelle etikere og filosofer (som undertegnede) lever godt av. Filosofene har altså uten tvil hatt nytte av medisinen. Men, for nå endelig å komme til spørsmålet: Hva skal egentlig medisinen med filosofer? Når jeg har gått så vidt nøye inn på Jaspers, er det fordi han med sine bemerkninger om «de indre farer» leder oss i retning av et mulig svar.

Nå gir ulike syn på hva filosofi er, også ulike svar på hvordan forholdet mellom filosofien og enkeltvitenskapene bør forstås. Det er kanskje mest nærliggende å tenke at filosofens oppgave er å bidra til å avklare det utall av etiske utfordringer og dilemmaer moderne medisinsk virksomhet medfører. I dette perspektivet kunne da spørsmålet i tittelen besvares ved å gå gjennom et utvalgt knippe av dilemmaer, fra kunstig befruktning til dødshjelp, for så å vise hvordan en prinsipiell, filosofisk innfallsvinkel kanskje gjør det lettere å se *hva slags* dilemma man står overfor i det enkelte tilfellet.

Et teoretisk grunnlag

En mer ambisøs tilnærming er å tenke at filosofien kan gi oss svaret på hva slags virksomhet medisinen som sådan er. At filosofiens rolle med andre ord er å utarbeide et begrepslig fundament, å gi medisinen et *teoretisk grunnlag*. Mitt inntrykk er at kanskje de fleste som arbeider med medisinsk filosofi, deler denne grunnholdningen. Mange ek-

sempler kunne nevnes, men jeg vil her nøye meg med to:

Et hovedverk innen medisinsk filosofi er Pellegrino & Thomasmas (4). Deres hovedidé er at medisinen først og fremst må forstås som den praksis som utspiller seg i *relasjonen* mellom lege og pasient. De tar avstand fra den alternative oppfatning at medisinsk virksomhet i prinsippet er å forstå som *anvendt* vitenskap. Forfatterne ønsker med andre ord å sette søkelys på det kliniske møtet, for så vidt helt i tråd med Jaspers' antydning om hva som skal til for å motvirke de indre farene medisins egen suksess representerer. Og, som tittelen på deres bok antyder, mener de at dette kliniske møtet trenger et filosofisk grunnlag.

Et nytt (og meget leseverdig) bidrag i denne tradisjonen er Svenaeus' (5). Han legger også vekt på det kliniske møtet mellom lege og pasient. Å utvikle en filosofisk teori om medisinen er for Svenaeus noe ganske annet enn å komme trekkende med begrepskonstruksjoner skapt i de filosofiske seminarrom. I stedet vil han ved hjelp av det han kaller en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming gi begreper til klinikerens implisitte forståelse av hva medisin er.

Handlingstvungen og effektivitetsjaget kan friste den enkelte helsearbeider til å skyve vekk erfaringer som ikke umiddelbart passer med hvordan det er «faglig korrekt» å tenke. I medisinen, som i andre helsefag, kan det for eksempel gjøre seg gjeldende et skarpt skille mellom det faglig-objektive og det personlig-subjektive. Filosofiens hermeneutiske oppgave blir da å insistere på en mer helhetlig erfaringsammenheng – en erfaringsammenheng som er under et konstant press fra vår tids spisskompetente, men dermed også fragmenterte, fagkunnskap.

For å utdype hva en slik idé om helhetserfaring kan innebære, benytter Svenaeus Martin Heideggers filosofi som innfallspunkt og forstår helse som det å føle seg hjemme i verden («homelike being-in-the-world»). Og omvendt, når man føler seg syk, er det nettopp følelsen av ikke lenger å være hjemme i sin egen kropp og/eller i sin «verden» som er mest slående, poengterer han. Tanken er at en biomedisinsk sykdomsforståelse må gis mening *innenfor* denne fenomenologiske referanserammen. Med dette som utgangspunkt utvikler Svenaeus mange interessante analyser av moderne medisinsk kunnskapsforståelse og praksis.

Et kritisk uromoment

Dette prosjektet om å klargjøre medisinske hverdags erfaringer gjennom en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming kan jeg skrive under på. Imidlertid vil jeg reservere meg noe mot vektleggingen av definisjoner og teori, i hvert fall hvis poenget er å utarbeide et teoretisk grunnlag for medisinsk praksis.

Mitt utgangspunkt er litt annerledes: Selv om filosofi selvsagt er å arbeide med begreper, er ikke filosofens oppgave, slik jeg ser

det, å levere metateorier. Filosofens primære oppgave er å arbeide *språkkritisk* og *ideologikritisk* i forhold til måtene leger og andre helsearbeidere forholder seg til sin egen praksis på, men uten at dette filosofiske analysearbeid må munne ut i en definisjon eller en teori om hva medisinsk virksomhet «egentlig» er. Det «høyere siktepunkt» Bernard etterlyser, har ikke filosofen noen privilegert tilgang til.

Filosofens rolle er mer beskjeden, men ikke uviktig. La oss kalle den sokratiske: Sokrates snakket med folk der han fant dem, på gatehjørner og torg, og tilbød seg å tenke igjennom hva ord og vendinger betydde – uten at han lanserte et entydig svar. I disse «dialogene» kunne det gå hardt for seg. Å samtale med Sokrates var å risikere at hulheten i ens egne tilvante forestillinger og tankemønstre ble avslørt. Og slik Sokrates barbeint betraktet Athen fra gatenivå, må medisinfilosofen motstå fristelsen til å tale fra høydene ikledd flotte teoretiske gevanter.

En språkkritisk og ideologikritisk medisinsk-filosofisk virksomhet er noe annet enn det vi gjerne forbinder med ordet «kritikk» i

den offentlige debatt. Filosofisk kritikk er ikke å angripe ett standpunkt fra et annet standpunkt, men en *felles* nådeløs undersøkelse av legitimiteten til det vi har en tendens til å ta for gitt. Man kan godt bruke ordet «terapi» og si at filosofens arbeid i forhold til et fag som medisin er en avdekking av ulike former for selvbedrag, for eksempel det Jaspers kaller «indre farer».

Filosofen må først og fremst være et uromoment, ikke en teoribygger. Men som ordet «terapi» antyder, må den kritiske innstilling samtidig ha et oppbyggelig siktemål. Det kritiske perspektiv har bare mening dersom det knyttes til en intensjon om å utvikle motet og evnen til å tenke selv, som opplysningsfilosofene sa. Eller med Jaspers: Å bidra til at legen ikke gir sin egen dømmekraft på båten. Styrking av denne kompetansen er en avgjørende forutsetning for å utholde den usikkerhet og uoversiktighet som ofte kjennetegner klinisk praksis.

I bunn og grunn er det altså legens autonomi og integritet det står om. Nettopp i en tid hvor kunnskapsbaserte prosedyrer og teknologiske nyvinninger gir lovnader om mer treffsikre behandlingsregimer, er det

avgjørende at legen aktivt tar stilling til hva det vil si å være *lege*, ikke bare en subspecialisert helseingeniør (6).

Ingen andre enn legen selv kan finne ut av dette. Men filosofen kan kanskje hjelpe til med å stille gode, erfaringsutvidende spørsmål.

Litteratur

1. Schei E, Gulbrandsen A. Babord skrog – analyse. I: Schei E, Gulbrandsen A, red. Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning. Oslo: Tano Aschehoug, 2000: 17–48.
2. Bernard C. An introduction to the study of experimental medicine. New York: Dover Publications, 1957: 224.
3. Jaspers K. Die Idee des Arztes. I: Jaspers K. Der Arzt im technischen Zeitalter. München: Piper Verlag, 1999: 1–18.
4. Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethics of the healing professions. Oxford: Oxford University Press, 1981.
5. Svendsen F. The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health. Steps towards a philosophy of medical practice. Linköping: Linköping Studies in Arts and Science, 1999.
6. Lantos JD. Do we still need doctors? New York: Routledge, 1997.

○