

Problematiske tendenser i den moderne lægevidenskab

Skrevet af Cand. Mag. Ole Frehr

Indholdsfortegnelse

Indledende bemærkninger	2
Udviklingen af et sygeunivers	3
Fra vandringsmand til videnskabsmand.....	3
Lægevidenskabens succes.....	5
Holdningsændring - fra oldtid til nutid.....	7
Behandlingsmodeller i lægevidenskaben	11
Utilitarismens tilgang.....	11
Den uhørt unikke patient.....	15
Apparatfejlmodellen.....	18
__Medicinalindustriens ulemper	23
Præparaternes sociale virkning.....	23
Lægevidenskaben og døden.....	26
Afsluttende bemærkninger	31
__Litteraturliste	32

Indledende bemærkninger

Dette er ikke et essay om farmakologiens farlighed. Menneskene har altid forsøgt at helbrede de syge i blandt dem, hvilket kun er naturligt. Men lægevidenskabens position i dag mener jeg er problematisk. ***Under monopol tvinger de patienter ind i et selvforstærkende afhængighedsforhold.*** Ved lægevidenskaben forstås i denne sammenhæng hele den moderne lægestand, der med videnskabelig redskaber hjælper en stor skare af patienter.

Dog er det mere tendenser i det lægedominerede samfund i dag jeg beskriver, end fuldstændig redegørelse, og ordlyden kan visse steder være lidt bombastisk - i samme stil som den bog der er brugt som hovedværk: Ivan D. Illich's "Limits to medicine"; en bog fra 1976, der er blevet en 'klassiker' inden for medicinsk etik, men som stadigvæk er meget aktuell.

Essayet vil primært omhandle den del af lægevidenskaben, der beskæftiger sig med psykiske og psykosomatiske lidelser og sygdomme, hvor behandlinger ofte kan virke mere tilfældige end på for eksempel hvad der foregår på den traditionelle skadestue. Desværre ser jeg en tragisk tendens til, at der overføres nogle dårlige behandlingsmetoder fra de psykiske områder til andre områder, hvor de er mindre berettigede.

Den medicinske tankegang er blevet en lægevidenskabelig tanketvang. Uden at stille spørgsmål ved lægevidenskabens metoder og de virkninger der er konsekvensen - både somatisk og socialt - bliver de seneste teknikker anvendt fuldt ud. Uden nogen naturlig form for begrænsning vokser lægevidenskaben hurtigt, bl. a. for at få del i de kapital, der ligger gemt i de endnu uudforskede behandlingsområder.

Udviklingen af et sygeunivers

For at bedømme omfanget af lægevidenskaben, vil jeg starte med at besvare følgende to spørgsmål: Hvad er de primære årsager til den lægevidenskabelige opståen, og, da det er en kendt sag, at nogle af de største firmaer på verdensplan findes i medicinalindustrien, forklare hvorfor lægevidenskaben er blevet så stor?

Fra vandringsmand til videnskabsmand

Historisk set går lægetraditionen langt tilbage. I stort set alle kulturer har der eksisteret en medicinmand eller healer, der skulle sørge for stammens ve og vel. I vesten startede lægen som vandringsmand der drog omkring og hjalp fattige og syge, men med tiden blev den videnskabelige tanke mere og mere udbredt, og klassificering og rubricering af sygdomme og sygdomsforløb blev obligatorisk. Lægen blev tilknyttet fattiggårde - der senere skulle blive til hospitaler - og hans ord skulle senere få meget stor betydning i mange sammenhænge. I vesten er lægen med andre ord gået fra at være en omvandrende menneskekender til at være en professionel, højteknologisk videnskabsmand.

En praktiserende læge vil i dag have aflagt løfte om at "efter bedste skønnende at anvende ... [sine] kundskaber med flid og omhu til samfundets og ... medmenneskers gavn"¹. Eden beskriver ikke nærmere *hvordan* dette arbejde skal foregå, for eksempel hvilken fordelingen der skønsmæssigt burde være mellem forebyggende og helbredende behandlinger. Generelt forsøger læger at hjælpe dem der måtte have brug herfor, og lægen opsøges af personer der søger hjælp.

People consult doctors because they perceive that there is some-thing actually or potentially threatening the quality of their lives; because they fear that illness may shorten their lives; or because they fear that their autonomy will be diminished.²

Vi går til lægen, hvis vi ønsker at blive helbredt for vores skavanker, der kan være af somatisk eller psykisk art. Kun et fåtal opsøger lægen for forebyggende

¹Fra det danske lægeløfte. Hans Jensenius: "Medicinsk etik", p. 126

²Miles Little: "Humane medicine", p. 146

behandling, andet end for at modtage en vaccination, og dette aspekt ved sygdomsbehandling indgår nærmest ikke længere i lægens praksis.

Ved første øjekast synes der at ligge godhjertede og altruistiske standpunkter bag lægens gerning, men der ligger i høj grad et egoistisk synspunkt bag denne udvikling. Lægen der redder et menneske fra at dø ved for eksempel at transplantere et hjerte, får ros og nyder meget stor prestige, i forhold til den læge der beskæftiger sig med forebyggende behandling, selvom hendes arbejde meget vel kan have en større effekt.

Venteværelset er udelukkende blevet behandlerens venteværelse. Den behandling vi forventer at modtage i konsultationen er rodfæstet i den videnskabelige metode. Fire begreber karakteriserer denne metode: 1) **empirisme**, d.v.s. al videnskabelig erkendelse er begrundet i sanseerfaringen, 2) **realisme**, synspunktet at de videnskabelige data eksisterer uafhængigt af hvem der undersøger dem, 3) **materialisme**, årsager kan forklares i rene mekaniske termer, og endelig 4) **positivisme**, synspunktet at udelukkende de 'positive fact' er afgørende for viden. (Disse -ismer danner dog ikke udtømmende beskrivelse, hvilket jeg senere skal vende tilbage til.) Denne rationelle tilgang til viden skyldes i stor udstrækning Francis Bacon (1561-1626), der med sin idol-lære og skelnen mellem fysik og metafysik var med til at fremme det videnskabelige forbillede.

Den praktiserende læge er altså endt med at kurere mennesker for deres dårligdomme gennem upersonlige institution ved hjælp af videnskabsmedicinske metoder. Hermed er spørgsmålet om lægens udvikling og funktion besvaret.

Lægevidenskabens succes

To forhold har været afgørende for, at lægevidenskaben har haft den ekspansion den har haft. Det skyldes for det første den videnskabelige komponent af lægevidenskaben, og for det andet skyldes det vores velvilje til at anvende dens mange inventioner. Videnskaben har til formål at bestemme årsag og sammenhæng i naturen, og lægevidenskaben forsøger det samme, bare med hensyn til vores krop i samspil med omgivelserne i stedet for. Denne undersøgelse er på ingen måde begrænset af nogen bånd. Hele tiden er der nye forhold der kan undersøges, i kombination med andre eller ved hjælp af nye metoder, og varieteten i samspillet af

faktorer og evolutionen af alle økosystemer gør, at denne proces ikke bare stopper. Lægevidenskaben tilstræber intet ultimativt mål, men arbejder udelukkende med indsamling af materiale ved hjælp af den nyeste teknologiske teknik, og producerer derved en vækst i mængden af information. 'Søge sandheden for sandhedens egen skyld' er et yndet motto i denne sammenhæng. Lægevidenskaben er autodynamisk, selvdrivende, og alle de historiske epoker kan ses som enkelte led i en proces der ikke stopper. "Det er velkendt, at nye teknikker skaber foreløbige løsninger, nye mål og behov, som skal tilfredsstilles ved den nye teknik. Man kan tale om det som en form for rastløshed."³ Videnskaben vil blive ved med at vokse, indsamle data, udvikle nye metoder der selv vil frembringe nye metoder, afprøve andre teknikker der vil have andre målsætninger, og så videre, men uden nogen form for naturlig begrænsning.

At udviklingen allerede er på vej i den retning, kan ses på mængden af information der vokser. I 1992 blev der hver måned udgivet omkring 34000 nye artikler i lægeligt regi, og i dag sikkert flere⁴. Lægevidenskabens egen succes er resultatet af denne enorme mængde af information, der spøgende kaldes 'Mount Evidens'. En stor mængde af den information vil aldrig nå den praktiserende læges bord, men drukne i strømmen af nye oplysninger, og kan derfor knap karakteriseres som viden.

Muligheden for ekspansion af lægevidenskaben er ikke den eneste faktor der har været medvirkende til udviklingen. På samme måde som udviklingen af nye og hurtigere computere ikke umiddelbart har nogen begrænsning, medfører det ikke a priori at udviklingen for altid vil fortsætte - der må foreligge et *ønske* om at fortsætte udviklingen. Netop dette ønske er den anden årsag til lægevidenskabens succes. Så længe de behandlingsmuligheder lægevidenskaben tilbyder benyttes, vil der være et incitament til videreforskning; og alle tilbud benyttes i stor udstrækning. Generelt er der usædvanlig tiltro til videnskaben, og dertil et stort ønske om at udnytte de seneste teknikker fuldt ud.

Hvorfor denne tiltro er blevet så stor kan diskuteres. Ivan D. Illich mener, at det skyldes, at lægevidenskaben evnede at etablere en fremadstræben på et tidspunkt

³Katja Marcuslund: "Filosofisk analyse af moderne medicin", p. 82

⁴Miles Little: "Humane medicine", p. 42

hvor der var brug for den.

The sudden emergence of the doctor as savior and miracle worker was due not to the proven efficacy of new techniques but to the need for a magical ritual that would lend credibility to a pursuit at which a political revolution had failed.⁵

Tillige har religiøse faktorer, eller rettere manglende religiøse faktorer, givetvis været medvirkende til at troen på videnskabens ufejlbarlighed holdt ved. I vesten har lægevidenskaben overtaget kristendommens rolle som den eneste forkynder af Sandheden.

Lægevidenskaben var et holdepunkt der gjorde gavn, og tilmed på en altruistisk måde: videnskaben gav og gav uden at forlange noget igen. Det sidste skal dog nok tages med et gran salt. Godtnok har lægerne arbejdet "for samfundets og menneskers gavn"⁶, men der har ofte været en bagtanke. Da man for eksempel i 1700-tallet begyndte at forbedre den generelle sundhedstilstand blandt befolkningen, var det ikke kun fordi lægerne var bekymrede over hvordan folk levede, men fordi kongerne rundt omkring i Europa var nervøse for ikke at kunne stille en hær, der var stærk nok i en eventuel krig. Altså var det ikke udelukkende ønsket om at forbedre folkets levevilkår, men royale militære strategier der var udslagsgivende for iværksættningen af dette sundhedsprogram.

Patienters ønske om at udnytte de seneste teknikker til deres yderste skyldes vores holdningsændring til sygdomsbegrebet lidelse, og lidelsens kropslige element: smerten; hvilket jeg vil gennemgå i det følgende.

Holdningsændring - fra oldtid til nutid

Friederich Nietzsche (1844-1900) bebrejdede de kristne for deres holdning til lidelse. Med udgangspunkt i de græske tragedier - og de kvaler, smerter og elendighed der gennemleves deri - sammenlignes antikkens grækere og kristnes tilgang til lidelse. Nietzsche mener, at grækerne er mere fuldendte mennesker, da hellenerne formåede at gennemleve lidelsen, og derved *besejre* den og blive styrket i kampen for at overvinde den, mens de 'svage' kristne er nødt til at *omfortolke*

⁵Ivan D. Illich: "Lilimits to medicine", p. 159

⁶Fra det danske lægeløfte. Hans Jensenius: "Medicinsk etik", p. 126

lidelsen som prøvelse eller straf for synd fra Herren.

I modsætning til grækeren mangler den kristne kraft til at besejre lidelsen, gøre sig til herre over den; han prøver i stedet at befri sig for den ved at lyve den om. Sammenligningen mellem den kristne romantik og den hedenske tragedie falder ikke ud til samtidens fordel. Europæerne fik et *moralsk* - og dermed løgnagtigt - forhold til lidelsen, i modsætning til grækeren, der havde et mere *naturligt* syn på den, og derfor kunne se den som det, den er: "ren uforfalsket ulykke".⁷

Den moderne lægevidenskab fører den kristne tankegang et skridt videre. Vi omtolker ikke længere lidelse og smerte metafysisk, for at kunne leve med den; nu tolerer vi den heller ikke længere fysisk. Alt fra hovedpine, menstrationssmerter til depression klares med en pille, fordi smerte ikke accepteres. Nietzsches pointe kan let overføres til denne situation. Jeg ved ikke, hvad Nietzsche ville have sagt om det moderne menneskes forhold til lidelse og den smerte vi føler, men han ville sikkert have understreget - igen - at vi kan lære noget af lidelsen, ved selv at gennemleve og bearbejde den. En tankegang der kan minde om dette, findes i Platons 'Staten':

Vor overbevisning om den retfærdige mand bliver da den at om han end rammes af armod eller sygdom eller hvilken-somhelst anden tilsyneladende modgang, vil alt dette sluttelig tjene ham til gode, både i livet og efter døden.⁸

Ifølge denne overbevisning mener Platon, at den retskafne person, der altid forsøger at være som guderne og gøre det rigtige, vil blive belønnet af guderne. Hvad der umiddelbart kan forekomme at være en stor personlig lidelse, kan være et tegn eller anvisning fra guderne, og dermed tjene et større og bedre formål.

At vi ikke længere accepterer den smerte der påføres vores krop, indvirker på vores forhold til kroppen. Smerten er kroppens sprog, hvori den forsøger at fortælle os, at der er noget i vejen. Ofte er vi i for lidt kontakt med vores krop, til at forstå hvad det er, der er galt, eller også har vi for travlt til at lytte efter. Da er det bekvemt at sætte sin lid til lægevidenskaben, sluge pillen og glemme smerten. Desværre er mange mennesker underlagt en illusion. De tror at smerten forvinder, når man

⁷Jørgen Hass: "Friedrich Nietzsche", p. 103

⁸Platon: "Staten" (oversat af Otto Foss), p. 420

bedøver kroppen af kemisk vej, ved at tage en smertestillende pille. Hovedpinen forsvinder ikke, når acetylsalicylsyre indtages, men *symptomerne* på hovedpinen - smerten - forsvinder, fordi kroppens signalsprog blokeres. Vi får derved den illusoriske følelse af, at hovedpinen er borte, bare fordi vi ikke kan mærke den. Dette oplyser medicinalfirmaerne naturligvis ikke om, da det ville få folk til at overveje at lade være med at købe deres medikamenter, og i stedet bede kæresten om massage. Derfor købes de nyeste produkter hele tiden, og patienten ønsker altid nye, bedre medikamenter, d.v.s. mere specifikke medikamenter med færre og mindre bivirkninger.

Naturligvis ønsker ingen forsættigt at føle smerte, men det er vigtigt at være opmærksom på, at tyr man til lægevidenskabelige metoder for at få lettet sin lidelse, får man en ganske bestemt form for sygepleje: **symptombehandling**. Dette gælder naturligvis ikke hvis der er tale om en meget håndgribeligt skade, som et åbent benbrud eller en sprængt blindtarm. Ved andre mere uhåndgribelige lidelser, griber lægevidenskaben ikke om nældens rod, nemlig at fjerne årsagen til smerten, men plejer i stedet smertens symptomer: i stedet for at omlægge livsstilen benytter man sig af blodtryksregulerende medikamenter, i stedet for at acceptere klimakteriet benytter man sig af hormoner der ændrer livscyklus, i stedet for at bearbejde lettere psykotiske personer benytter man sig af elektroshock, i stedet for at gennemgå depression benytter man sig af forskellige neurotransmitter, o.s.v..

Lægevidenskaben producerer en bekvem og hurtig løsning, idet man kan købe sig til en kortvarig symptom-aflastning, hvilket får en karakter af en håndgribelig form for 'afladsbrev', idet man således ikke behøver at stå til regnskab for det liv man har levet, der har ført til lidelsen. Det mest naturlige ville være at undersøge smertens årsag, hvorfor har jeg ondt i hovedet, eller hvorfor er jeg deprimeret, for at kunne begynde en konstruktiv, forebyggende udvikling der har en helende hensigt, i stedet for underlægge sig den lægevidenskabelige pseudo-behandling.

Lige så meget som den lægevidenskabelige løsning er bekvem og hurtig, er den således også **kortsigtet** og **fremmedgørende**. Kortsigtet fordi der er tale om symptombehandling, der kun midlertidigt fjerner smerten uden at foretage en tilbunds gående undersøgelse af årsagen til smerten, og fremmedgørende fordi den subjektive smerte bortproduceres til fordel for et liv i ufølsomhed og kropslig

bevidstløshed, hvor kontakten med kroppen er endnu mindre end før.

Fordi vi ikke længere opfatter lidelse som ægte lidelse - den forsvinder så snart vi ønsker det ved hjælp af det rette lægemiddel - bliver vi psykisk hærdede overfor lidelse. Ekstrem lidelse og vold er blevet daglig begivenhed, både i medierne og på gaden. Stærkere og stærkere indtryk skal der til før at vi overhovedet føler noget for den lidende. Her har vi også en af grundene til, at vi i vesten har fået et så forkvaklet forhold til det, der bliver opfattet som den mest omfattende lidelse af dem alle: døden. Vi tror, at vi ikke kan dø, nægter at give op, og forsøger med alle midler at forlænge vores liv, enten ved xenotransplantation, ved at forsøge at snyde det indre 'biologiske ur' der bestemmer vores livs ende, eller andre fantastiske tiltag. (Se også afsnittet 'Lægevidenskaben og døden')

Smerte er altså noget essentielt i den moderne medicin, men essentielt på en negativ måde. Lidelse og smerte accepteres ikke i det medicinske univers, bliver ikke bearbejdet, men skal fjernes for enhver pris. Fordelen er at ens lidelse bliver undertrykt så den ikke længere ænses, men prisen er, at vi bliver fremmedgjorte overfor vores krop, og får et unaturligt forhold til døden.

Behandlingsmodeller i lægevidenskaben

Udviklingen inden for lægevidenskaben har haft stor betydning for mængden af behandlede patienter. Alligevel er der en begrænsning på hvor mange personer der kan blive helbredt. Forskellige filosofiske modeller er opstillet for løse problemet om hvem der skal tilbydes lægelig bistand og hvem der ikke skal. Et forsøg herpå er utilitarismen, som jeg vil gennemgå i det følgende ved at påvise dens fejl og mangler.

Utilitarismens tilgang

Siden Jeremy Bentham (1748-1832) førte utilitarismen ind i de filosofiske rækker, har den - både i sin oprindelige version og i sine forskellige omskrivninger - været meget omdiskuteret. Som etisk teori har den været til stor inspiration for andre filosoffer der har forsøgt af opstille en generel etisk teori, og anvendes blandt andre af Peter Singer i hans version af utilitarismen (præference utilitarisme).

Generelt gælder der for alle utilitarismens versioner den påstand, at det er muligt algoritmisk at beregne den etisk set rigtige handling. Oprindeligt er denne grundtese formuleret anderledes, men det naturvidenskabelige islæt er ikke til at tage fejl af. Ved hjælp af den utilitaristiske teori har lægerne et værktøj til altid at afgøre hvilken beslutning der skal tages - for eksempel om det er bedre at indoperere kunstige hofter på tre patienter end et kunstigt hjerte til én patient - eller har de?

Synspunktet bygger på den antagelse, at der eksisterer en mindste-enhed, en util, som mål for lykke, der kan anvendes i den etiske kalkule. Eksistensen af en sådan enhed har altid været utilitarismens arkilleshæl, hele argumentationens svageste led: kan den ikke fastlægges, er teorien intet værd. Men det er ikke tilstrækkeligt blot at definere enheden. Alle skal kunne tilslutte sig definitionen. Er der ikke enighed om den fælles målestok, hvad denne end måtte være, er målet - at finde den bedste løsning i et moralsk dilemma - stadig lige fjernt, da to forskellige enheder sandsynligvis giver to forskellige svar på dilemmaet.

Man kan betragte utilitarismen som en filosofisk pendent til den økonomiske teori der i samtiden var salonfæhig; nemlig Adam Smiths (1723-1790) analyser af det frie markeds kræfter. I et kapitalistisk system ønsker enhver producent naturligvis

lavest mulige produktionsomkostning og størst mulige afsætning. Dette opnås lettest ved at producere en vare så enkelt som mulig, således at den samtidig bliver så 'universel' som mulig, d.v.s. så den er interessant for den bredest mulige befolkningsgruppe. Derfor er det hensigtsmæssigt at afdække den 'ideelle forbruger', eller enheden efter hvilken 'cost-benefit' analyserne beregnes, så maksimeringen kan foretages. (Bemærk hvordan terminologien er den samme i begge tilfælde.) Forbrugeren skal være så *konform* som mulig for at lette producentens omkostning, men i modsætning til utilitarismen har markedskræfterne styrke til selv at skabe deres enhed, for eksempel den uni-sex kultur som er en af postmodernismens kendetegn, hvor alle personer uanset alder og køn har det samme behov.⁹

Uheldigvis kan utilitarismens problem om en universel enhed ikke løses. Dette skyldes at mennesker ikke er konforme. Vi er forskellige, enestående individer med hver vores tilgang til verden og dømmet på hver vores måde; placeret i den samme situation vælger vi forskelligt. ***Ethvert menneske er unikt.*** Med kristen terminologi har dette en helt speciel klang: menneskene er skabt i Guds billede til at regere over dyrene, men sådan skal det ikke opfattes. Det betyder at alle mennesker er ikke-konforme, enestående skabninger, både fysiologisk og psykologisk.

Hvorvidt man er enig i denne tese, kan let afgøres ved at betragte tesens logiske negation: ***Ikke alle mennesker er unikke.*** Hvis negation stemmer bedst overens med ens egen filosofi, må man forklare hvilke mennesker der er unikke, og argumentere hvorfor det netop er disse specielt udvalgte mennesker der er unikke, mens andre ikke er det; d.v.s. beskrive hvorfor mennesker af en bestemt race eller af bestemt geografisk oprindelse er inferiøre, og ikke har samme behov, rettigheder og menneskelig værdi som andre. Derved er man blevet fortaler for racisme. Hvorvidt det er etisk muligt at argumentere for racisme, og forsvare synspunktet i en filosofisk debat vil jeg ikke kommentere yderligere, men blot pointere at for mig er der ingen tvivl: Mennesket er unikt.

Udsagnet må ikke forveksles med 'Homo mensura-sætningen' (mennesket er alle tings mål) fremsat af Protagoras (485-415 f. Kr.). Protagoras var sofist og, hvis man skal tro Platon, relativist, idet Homo mensura-sætningen er blevet tolket sådan, at hvis to personer opfattede eller sansede det samme på forskellig vis, havde de

⁹Se for eks. Dagbladet Information d. 18. maj 1998, p. 2

begge ret; de var hver for sig begge deres egen målestok. Opfattelsen dækker på samme måde også moralske, politiske og æstetiske spørgsmål. En sådan relativistisk holdning ligger der ikke i sætningen 'Ethvert menneske er unikt'. Vi kan just blive enige om at ingen er menneskeligt underlegne på grund af deres race eller kultur.

Alligevel er vores fortolkninger af moralske og æstetiske vurderinger i høj grad afhængig af den ideologiske, sociologiske og biologiske kultur vi er et resultat af. Utilitarismen falder - sammen med alle andre generelle, normative moralfilosofier - på denne banale observation. Hvad enten lægen vil forsøge at summere lykke, glæde eller præferencer når hun befinder sig i et etisk dilemma, står hun overfor en stor vanskelighed, hvis hun ikke er racist, men vedkender, at mennesket er unikt. Beslutter hun sig for at anvende utilitarismen, til trods for at spørgsmålet om 'enheden' stadig er uafklaret, kan hun ikke gøre dette uden at gøre vold mod princippet om, at alle mennesker er unikke.

I teorien lyder utilitarismen som den eneste udtømmende og konkrete løsning på enhver moralsk tvist, men praksis indhenter så at sige teorien: Mennesket er unikt og træffer i praksis unikke valg, hvorfor det ikke er muligt indbyrdes at rangordne de forskellige valg.

Den uhørt unikke patient

At alle mennesker er unikke, medfører naturligvis også, at mennesket som patient er unikt. Denne omstændighed spiller ind på hvorledes patienten bliver opfattet i lægeuniverset, hvilket vil blive gennemgået i det følgende.

Tidligere arbejdede den praktiserende læge som familie-læge. Hun kendte hele familien og dens medlemmer godt, både med deres arvelige skrøbeligheder og deres force. I denne situation kunne patienten forblive unik ved selv at stå som forbillede for sig selv, være sin egen sygdoms-standard. Men efter anden verdenskrig begyndte dette at ændre sig. Efterhånden forsvandt familielægetraditionen, og blev afløst af vores nuværende læge-patient relation, der ofte er mere distanceret. Samtidig med denne udvikling, begyndte forskellige interesser i samfundet at fastlægge begrebet 'normalitet' - d.v.s. personers generelle normaltstand i sygdomshenseende - blandt andet ved hjælp af brede befolkningsundersøgelser. Effekten heraf var, at det Uffe

Juul Jensen betegner den situationsorienterede praksis, altså den praksis der beskæftiger sig med, om en patient overhovedet behøver behandling eller ej, fik nye instrumenter til at bestemme normalitets- og sundhedsstandarder.

Denne udvikling [fastsættelsen af normalitetsbegrebet] synes imidlertid at præsentere den situationsorienterede praksis for et dilemma. Hvordan kan man ønske at lade det enkelte menneske være sin egen norm eller standard og bedømme dette menneskes tilstand og klager i forhold til denne standard og samtidig ønske at bedømme personen i forhold til normal-tilstande, der er fastlagt ved epidemiologiske studier af normale (ikke-syge) populationer?¹⁰

Dilemmaet ligger med andre ord i, at samtidig med at mennesket er unikt, at behandle det ud fra gennemsnit fremkommet via populationsundersøgelser. Skal patienten stå som sin egen norm - hvilket han burde, da mennesket er unikt - kan lægevidenskaben ikke godtgøre, at en behandling er nødvendig, udelukkende fordi patienten ryger lidt mere, drikker lidt mere, eller bare har højere blodtryk end gennemsnittet. I forbindelse med behandling af en sådan patient, burde patientens livsforløb og den aktuelle situation patienten befinder sig i medtages, i stedet for udelukkende at behandle i det lægevidenskabelige vakuum.

Each person remains unique, no matter how well he or she conform to group descriptors. Each consultation is a unique transaction, in which advice may be given and accepted, rejected or modified. For an individual patient, there may not be a 'best' treatment, to be prescribed by a clinician or a bureaucrat. The 'best' choice may depend on patient preferences and available resources.¹¹

Vanskeligheden ligger i, at lægevidenskaben gør alt (for meget) for at leve op til det videnskabelige paradigme - naturligvis for at kunne påvise den altid gentagelige effekt af deres præparater. Men videnskab kræver enhed: betingelserne for forsøgene der foretages skal være de samme, da der ellers ikke er noget grundlag at sammenligne ud fra, når forskellige forsøgsparametre ændres. Patienten er da nødt til at blive reduceret til en videnskabelig enhed - helt i strid med patientens

¹⁰Uffe Juul Jensen: "Sygdomsbegreber i praksis", p. 268

¹¹Miles Little: "Humane medicine", p. 169

unikke status som burde være indgangsvinklen. Lægevidenskaben er således også en form for **reduktionisme**. Lægens position som helbreder er forskudt til fordel for en status som videnskabsmand. En konsultation hvor patienten liv skulle fungere som centrum for diskussionen, er ikke længere til stede. I stedet fungerer konsultationen som det sted hvor lægen faldbyder forskellige videnskabelige teknikker, som lægen selv, nogle gange i samråd med patienten, finder den 'rigtige' løsning. Dette består i at finde den teknik der skønnes at passe bedst til patientens situation. Patienten er da nødt til at tilpasse sig den behandling der foreslås af lægen, for at nærme sig den enhed, det abstrakte forbillede der arbejdes ud fra.

In other words, the clinic has turned into a laboratory. By claiming predictable outcomes without considering the human performance of the healing person and his integration in his own social group, the modern physician has assumed the traditional posture of the quack.¹²

At sammenligne lægevidenskaben med kvaksalverens praksis virker groft; specielt i dag hvor lægevidenskaben næsten har patent på at behandle: det er blevet sådan, at alt behandling udført af terapeuter og healere der ikke anvender videnskabeligt udstyr nærmest betegnes som kvaksalveri. Dette gælder naturligvis kun indtil lægevidenskaben selv øjner en chance for at øge profitten, således som det var tilfældet med akupunktur for få år tilbage. Til trods for at denne form for behandling havde været anvendt i over 3000 år - og derfor burde blive opfattet som et virkningsfuldt behandlingsmiddel, blev det anset som humbug, lige indtil effekten ved akupunktur kunne måles videnskabeligt; og da forlangte de praktiserende læger at få eneretten til at være de eneste der legalt måtte udføre akupunktur. For videnskaben er ikke tilstrækkeligt at en behandlingsform virker; den skal også kunne forklares videnskabeligt.

At opfatte lægens praksis som et laboratorium kan have sin berettigelse. Traditionelt drejer videnskab sig om *gennem forsøg* at påpege årsag og virkning, og således vil enhver lægevidenskabelig patientbehandling altid have karakter af et forsøg, et videnskabeligt eksperiment. Inden en bestemt diagnose bliver stillet, må patienten nogle gange gennemgå en hurdle af undersøgelser fra snart den ene og

¹²Ivan Illich: "Limits to medicine", p. 253

snart den anden hospitalsafdeling.¹³ Sålænge der ikke tages udgangspunkt i patienten og dennes livssituation, sålænge der behandles ud fra teknikker, hvor patienten er nødt til at tilpasse sig en behandlingsform der har tilsnit af at være 'præfabrikeret', vil lægelig behandling arbejde i modstrid med tesen om, at mennesket er unikt.

Apparatfejlmодellen

Et andet forsøg på at definere en normal-standard ud fra hvilken den 'bedste' behandling findes, er *apparatfejlmодellen*. Ud fra denne tankegang, er kroppen syg, hvis den ikke fungerer korrekt; på samme måde som vores biler: hvis de ikke kan køre, eller ikke kan køre ordentligt, skal de på værksted for at blive repareret eller have udskiftet visse mekaniske dele ('organer'). Tidligere havde modellen kun få egentlige fortalere, men med tiden har dette ændret sig.

Apparatfejlteoretikeren er naturligvis fuldt klar over, at mange sygdomme slet ikke er præcist biologisk definerede.

Det er hans ideal, men indtil det er indført kan man tillade sig metoder, der giver mindre sikre afgørelser. Man kan bl. a. tillade sig sandsynlighedstænkning, der ud fra forskellige tests sandsynliggør tilstedeværelsen af en bestemt sygdom.¹⁴

Apparatfejlteoretikeren er tvunget til at anvende statistik, d.v.s. sandsynliggørelse af en bestemt sygdom i udbrud målt efter gennemsnit. Statistik er en effektiv måde at bearbejde store mængder data på. Men statistik er et matematisk værktøj, der i en vis forstand ikke har den samme præcision som matematisk algebra. Statistisk beregnede resultater er entydige, men kun under passende antagelser angående de observerede fænomeners karakter, for eksempel om fænomenet er normalfordelt. Disse antagelser kan ikke begrundes statistisk, men må forklares ad anden vej. Mange tror at de statistiske resultater udelukkende består af matematiske beregninger, men dette er ikke korrekt. 'Ekstra-statistiske' vurderinger er uundgåelige, og sandsynlighed i lægevidenskaben er derfor ikke objektiv en konklusion på en undersøgelse, da de ekstra-statistiske vurderinger kan problematiseres. Dette kan

¹³Se for eksempel Kristen Hastrup: "En beretning om mødet med den hvidkittede teknologi"

¹⁴Uffe Juul Jensen: "Sygdomsbegreber i praksis", p. 157

være vanskeligt, da det ofte er uudsagt, hvilke antagelser der ligger til grund for statistiske resultater.

Apparatfejlteoretikeren mener altså, at menneskets biologiske struktur og funktion kan sammenlignes med en bil. Ud over de indlysende forskelle mellem mennesker og biler, er der den iøjnefaldende forskel, at biler er fabrikeret med et ganske bestemt formål for øje: at transportere mennesker. Er dette formål ikke opfyldt er bilen i stykker. Kan man sige at det forholder sig på samme måde med mennesker? Det er med andre ord det store filosofiske spørgsmål: hvad er menneskets mål? Hvorfor er vi til? Til dette spørgsmål er der myriader af svar, der afhænger af religiøse og politiske overbevisninger. Derfor eksisterer *det eneste sande svar* ikke, på samme måde som den eneste sande religion ikke findes. Apparatfejlteoretikerens uoverstigelige vanskelighed ligger heri: at skelne det normale fra det sygelige kan ikke lade sig gøre, når der ikke eksisterer nogen 'grand plan', intet fast mål at gå ud fra, og at denne skelnen derfor bliver vilkårlig. Dette gælder naturligvis i udpræget grad inden for den del af lægevidenskaben der beskæftiger sig med psykiske og psykosomatiske sygdomme, mens der ikke er grund til at diskutere hvorvidt en brækket arm virkelig er brækket eller ej. Hvor vidt andre sygdomme, som diabetes, det har været svært at definere, behandles eller ej, afhænger af hvilken standard der arbejdes ud fra.¹⁵

Man kan naturligvis vælge sig en plan, der skal stå for det menneskelige mål, som for eksempel som Christopher Boorse har gjort det, for at redde apparatfejlteorien.¹⁶ Ifølge Boorse har mennesket fulgt en ganske bestemt plan; nemlig den beskrevet i Darwins udviklingsteori. Ved at tage udgangspunkt heri, bliver situationen simpelthen sådan, at et dyr eller menneske er sygt, hvis det i sammenligning med artsgennemsnittet er ringere til at formere sig og føre arten videre. Som konsekvens heraf må homoseksualitet betegnes som en sygdom, hvilket naturligvis er en uacceptabel konklusion.

Som eksemplet her viser, vil der altid - hvad enten der vælges et kristent, marxistisk eller zen-buddhistisk standpunkt at beskrive menneskets mål ud fra - være

¹⁵Se Uffe Juul Jensen: "Sygdomsbegreber i praksis", p. 232

¹⁶Se Uffe Juul Jensen: "Sygdomsbegreber i praksis", p. 168

en restgruppe der uberettiget bliver stemplet 'syge', udelukkende fordi de ikke har præcist samme holdninger, synspunkter og/eller riter som de andre.

Ud over at reducere mennesket til en genstand og ikke at tage hensyn til menneskers enestående, unikke tilstand, hviler apparatfejlteoretikerens synspunkt på den tese, at lægevidenskaben er **værdi-fri**. Sådan ynder man generelt at betragte alle former for videnskab, altså at den alene beskæftiger sig med objektive fakta, uden at videnskabsmandens subjektive mening inddrages. Synspunktet har været og er meget omstridt, og har haft både kritikere og fortalere. Et eksempel på en fortaler er filosofen Karl Popper (1902 - ?), der mener at det er muligt gennem flere led at opnå en tilstand ('den tredje verden'), hvor al subjektiv indflydelse er frasorteret. Tankegangen har haft en stærk og indflydelsesrig påvirkning på den rene biologiske forskningsmodel, d.v.s. den model der til en given sygdom "søger at finde 'de mekaniske fejl', der opfattes som årsagen til sygdommen."¹⁷ Denne biologiske ætiologi har indenfor visse områder, med rette, opnået betydningsfulde resultater. Overfor denne tankegang står den **bio-psyko-sociale sygdomsmodel**, eller, hvilket er det samme, den holistiske sygdomsmodel, der har stor betydning i ikke-industrialiserede lande. Ved ikke udelukkende at fokusere på de fysiske faktorer, men også inddrage psykologiske og sociale faktorer, kan man lettere angive en langt større grad af sygdomsforebyggende handlinger. Modellen har ideer der falder udenfor den videnskabelige tankeramme, eksempelvis ved at påpege hvordan stress indvirker på fordøjelsen og andre maverelaterede problemer. Fordi det er svært at påvise disse forhold ud fra traditionel videnskabeligt mønster, har modellen ikke haft udpræget succes inden for lægevidenskaben, selvom den har stimuleret forskningen inden for epidemiologien og socialmedicinen.

Var det muligt at overføre de gode 'programpunkter' den holistiske sygdomsmodel har, som bedre forebyggende behandling til lægevidenskaben, vil denne være tilbage på rette spor. Bedre forebyggende behandling vil medføre at konsultationen hos lægen ikke længere blot betragtes som et aftale med et menneskeligt værksted, hvor kroppen skal repareres for igen at blive som den var. Hvis vi igen opprioriterede den forebyggende behandling, ville der være flere problemer der ville formindskes eller helt forsvinde. Hvis man lyttede til lægens råd, og virkelig tabte de syv kilogram,

¹⁷Henrik R. Wulff: "Sygdom, sundhed og patientrolle", p. 194

man vejede for meget, kunne man muligvis sikkert undgå de blodtryksregulerende tabletter og deres bivirkninger, få forøget fysisk velvære og måske større livskvalitet. Oftest er vi dog alt for individualistiske til at lade vores eget liv styre af andre bedrevide på denne groft manipulerende måde: vi har *ret* til at indtage fed mad, øl, spiritus og ryge når vi lyster. Samtidig mener vi, at vi har *ret* til at blive kureret for alle de sygdomme, der følger med denne levevis, og vi *forventer* at lægevidenskaben med alle midler mulige, skal reetablere vores gamle legeme, som det var inden det blev sygt.

Medicinalindustriens ulemper

Til trods for at bl. a. medicinalindustrien er medvirkende til at vi har et unaturligt forhold til os selv og hinanden, den har kronede dage. Jeg vil i det følgende beskrive to områder, hvor lægevidenskaben har en afgørende indflydelse.

Præparaternes sociale virkning

Der udvikles hele tiden bedre medikamenter, og afsætningen af disse produkter er fremragende, men denne udvikling har en ulempe. Jo bedre lægevidenskaben bliver til at fremstille specifikke medikamenter, des mindre er folk indstillede på at føle ubehag. Selv naturlige småskavanker bliver betragtet som kvasi-sygdom, ved at blive klassificeret som et *syndrom*. Et syndrom er en ikke-defineret sygdom, hvor den gruppe patienter der diagnosticeres sådan, udviser visse generelle, sammenlignelige træk. Set fra medicinalvirksomhedernes synspunkt er det selvsagt profiterende, hvis det lykkes at få naturlige livsprocesser underlagt sygdomsbegrebet, da de da vil kunne udlægges som behandlingskrævende; for eksempel de hyperkinetiske børn i skolen, emotionelle kvinder i den præ-menstruelle fase, eller personer med lettere depression. Denne udvikling er allerede godt i gang.

Des mindre folk er indstillede på at føle ubehag, des stærkere bliver deres afhængighedsforhold til lægevidenskaben, fordi de ønsker at blive behandlet for deres lidelser selvom disse bliver mindre og mindre. Udviklingen indenfor lægevidenskaben hvor der udvikles mere specifikke medikamenter, som ofte regnes som et stort fremskridt, resulterer altså i et voksende, ***selvforstærkende afhængighedsforhold*** patienten og lægen imellem. Patienten har ringe mulighed for at bryde dette forhold, specielt hvis han igennem længere tid med fordel har haft udbytte af de lægevidenskabelige præparater, og lægen har intet ønske om at bryde forholdet, da hun får betaling per konsultation, og derfor ikke ønsker at afskrive sig en indtægtskilde.

Mennesket mister evnen til selv at håndtere deres svagheder på en personlig måde, og overlader arbejdet og ikke mindst ansvaret til lægevidenskaben. Dette kaldes også ***kulturel iatrogenese***.

... the so-called health professions have an even deeper,

culturally health-denying effect insofar as they destroy the potential of people to deal with their human weakness, vulnerability, and uniqueness in a personal and autonomous way. ... This *cultural iatrogenesis*, ... is the ultimate backlash of hygienic progress and consists in the paralysis of healthy responses to suffering, impairment, and death. It occurs when people accept health management designed on the engineering model, when they conspire on an attempt to produce, as if it were a commodity, something called 'better health.'¹⁸

Det afhængighedsforhold der opstår mellem læge og patient, bygger på den illusion, at 'et godt helbred' er noget man kan købe sig til hos lægevidenskaben, som andre varer i et supermarked. Men helbredet angår ikke kun ens sundhed, men også hvordan man forholder sig til kroppens tilstand. Et liv uden lidelse, som i dag er opnåelig ved i pilleform at få en hurtig forløsning af smerte og unaturlig saliggørelse af livet, er et liv uden udvikling. Præparaterne giver en midlertidig symptomaflastning, men kun imens den 'unaturlige' kemiske balance opretholdes, og kort tid efter patienten ikke længere anvender præparatet, vil symptomerne vende tilbage. For at undgå at havne i den situation vil patienten blive ved med at købe sine produkter, og sørger dermed for at opretholde og styrke afhængighedsforholdet.

In such an intensely industrialized society [as ours], people are conditioned *to get* things rather than *to do* them; they are trained to value what can be purchased rather than what they themselves can create. They want to be taught, moved, treated, or guided rather than to learn, to heal, and to find their own way. Impersonal institutions are assigned personal functions. Healing ceases to be considered the task for the sick. It first becomes the duty of the individual body repairman, and then soon changes from a personal service into the output of an anonymous agency.¹⁹

Lægebesøget, hvor de fleste recepter på medicin udskrives, virker først som en personlig tjeneste, men er snarere del af en anonym instans, der helt overtager den syges problem, som derved ikke får lov til at virke som aktiv part i behandlingen, og bliver gjort til tilskuer af sin egen helbredelse.

¹⁸Ivan Illich: "Limits to medicine", p. 35

¹⁹Ivan Illich: "Limits to medicine", p. 214

Lader man sig underlægge denne form for behandling, kan man kun håbe på at lægen er kompetent, ved hvad hun gør, og at man snart vil være rask igen. Er dette ikke tilfældet falder det også tilbage på patienten. Virker en behandling ikke, må det skyldes at patienten falder uden for normen, ikke lever op til (normal-) *standard* der arbejdes ud fra. Som følge heraf er det uundgåeligt at patienten føler sig klassificeret som *unormal*. Hun bliver bekræftet i denne tanke, da videnskaben fremstår som ufejlbarlig. Spørger hun lægen hvorfor hun ikke er blevet helbredt efter at have indtaget et givent præparat, kan lægen ikke give hende et eksakt svar, men udelukkende henvise til alle de tidligere patienter præparatet før har haft en positiv virkning på. Resultatet bliver, at det ser ud som om de patienter der ikke kan kureres ikke er normale, og at lægevidenskaben altid har ret. "Medical science ... provides the correct treatment, regardless of whether it results in a cure, or death sets in, or there is no reaction on the part of the patient."²⁰ Ud fra statistiske tabeller kan det godtgøres at alle tre udfald vil forekomme med en vis hyppighed, og at patienten i de tilfælde derfor ikke er blevet fejlbehandlet.

De patientklager der kunne åbne diskussionen af lægevidenskabens ufejlbarlighed, bliver der set med afsky på. Lægevidenskaben betragter sådanne klager som en trussel, et angreb på deres selvbestaltede ophøjelse, hvor de (klagerne) ellers kunne opfattes som en mulighed for at forbedre den service der udføres af lægerne. En virkelig fejlbehandling, som det var tilfældet med lægemidlet Thalidomid i 60'erne, vil altid kunne bortforklares med, at det med *den tids* nosologi ansås at være en velbegrundet behandlingsmetode. Men et sådant argument vil kun yderligere konsolidere ræsonnementet om, at behandling altid vil være et eksperiment.

Specielt for læger der er tilhængere af Poppers filosofi er dette problematisk, da man som patient vil få mistillid til sin læge, hvis han anvender falsifikationskravet som en del af den videnskabelige teori. Falsifikationskravet medfører, at han altid skal handle som om han *ikke* havde den rigtige teori, for derved at falsificere og gendrive sine hypoteser. Om det virkeligt er muligt med en sådan indstilling til patienters behandling er kontroversiel, og må i høj grad afhænge af lægens samvittighed.

²⁰Ivan Illich: "Limits to medicine", p. 254

Lægevidenskaben og døden

Som ovenfor beskrevet vil lægevidenskaben vokse, på trods af de ulemper der følger med udviklingen heraf. Specielt har den haft held med at lede ressourcer og muligheder for videre ekspansion derhen, hvor de er ubegrænsede: som forsvar mod døden.

Selv om vi lever i et samfund der har gjort det muligt at købe sig til stort set alt, er der visse emner der (ind til videre) har unddraget sig; her i blandt døden. Der forskes dog ihærdigt på at kunne forlænge levetiden, og teknikker der for få år siden var luftkasteller, er nu virkeliggjort. Man kan kun glæde sig over, at der er mange personer der nu lever, som konsekvens af disse teknikker, men spørgsmålet er om ikke lægevidenskaben generelt burde gå tilbage til det mere basale: at støtte og hjælpe sine medmennesker. Ikke nødvendigvis til et længere liv, men et mere indholdsrigt liv.

Der er fokuseret meget på døden, og i den forbindelse anses også den naturlige årsag til døden, alderdommen, også som en sygdom, der nu også er underlagt lægens tilsyn. Mængden af medikamenter der indtages af den ældre del af befolkningen er stor, og det til trods for at mange af de sygdomme der optræder i alderdommen, som leddegigt, skrumpelever, flere former for kræft eller bare almindelig forkølelse ikke kan kureres. Medicinen indtages i håb om at forlænge livet, idet vi forventer, at pillerne vil have en lindrende effekt og en helbredende kraft. Det første kan muligvis opnås, men det sidste er tvivlsomt. Lægevidenskaben kan have held til at 'forskyde' dødsårsagen: eksempelvis kan det lykkes at få en nedgang i antallet af personer der dør af hjerte-kar-sygdomme, men da vil der blot ske en stigning i andre dødsårsager. Mirakelkuren eksisterer ikke.

Francis Bacon mente, at lægevidenskaben skulle varetage tre opgaver: bevare sundhed, helbrede sygdom og forlænge livet. Han var dermed den første der talte om, at det var en opgave for lægevidenskaben at forlænge livet. (En opfattelse der først virkelig blev realiseret i den tidlige renæssance, hvor der var flere der fik råd til at kunne inklade sig på dette.) Lægens problem i dag er, at det er svært at vide, hvornår det er tid til at stoppe rollen som helbreder hos en døende patient, holde op med at prøve at forlænge livet, og i stedet bistå med mere åndelig hjælp og lindre smerter i dødsperioden. Grunden hertil er, at der er udviklet flere og bedre teknikker

til at forlænge livet med - hvilket naturligvis kun er glædeligt - og der eksisterer derfor en tro i befolkningen på, at lægevidenskaben også kan udrette mirakler i den sidste del af patientens liv, og at den i sidste øjeblik kan vende sygdom til sundhed.

Desværre eksisterer behandlingstilbudene der benyttes i livsforlængende processer kun på hospitaleme, da apparaturet er dyrt og skrøbeligt, og ikke bygget til at blive transporteret og anvendt i private hjem. Meget syge patienter har derfor intet andet valg end komme på hospitalerne og lade sig behandle der, hvor de overlader deres liv til 'eksperterne'. Disse eksperter er en række skiftende overlæger, de aldrig før har mødt, og som intet kender til deres livssituation. Lægen kan umuligt vide, ifald patienten ytrer ønske om at få hele sandheden fortalt, om det virkelig bunder i et ønske om at vide alt om sit helbreds tilstand, eller patienten bare ønsker at blive bekræftet i sit håb om, at han intet fejler. Informationen lægen giver patienten kan være forskellig fra den lægen giver til patientens pårørende - ofte gøres dette i den bedste mening for at patienten ikke skal gøres fortræd - og behandlingen kan komme til at virke falsk, hvis lægen skal undgå at fortælle om hvor langt sygdommen er fremskreden eller direkte lyve om situationens alvor.

Det er ikke muligt at genindføre den tidligere familielægetradition på det moderne hospital, men en praksis hvor den nære kontakt er højnet, og hvor personalet der skal assistere i den sidste del af dødsprocessen, er personer der på professionel og dygtig vis kan pleje og hjælpe den døende.

I den terminale plejesituation stilles lægen ofte over for vanskelige overvejelser, der kan give anledning til værdikonflikter hos ham/hende og medarbejderne, og som nødvendiggør et etisk valg. Især skal nævnes konflikten mellem respekten for patientens integritet og livskvalitet og pligten til at bevare liv. Mange beslutninger må tage sigte på patientens totale situation.²¹

Patienternes unikke natur gør, at de har forskellige behov, selvopholdelsesdrifter, og hver deres egen subjektive forestilling om livskvalitet. Når lægen skal hjælpe patienten med at få en så mild død som mulig, uden at fremskynde denne, bevæger hun sig i en jungle af farer, hvor hun uforvarende kan komme til at 'træde forkert', og

²¹ Axel Engberg Pallesen: "Den håbløst syge og den døende patient", p. 444

gøre en dødssyg patients sidste tid uudholdelig. Det er vigtigt at patienten i vid udstrækning bevarer hele sin integritet som person, og ikke bliver forledt og manipuleret af lægen eller andre. "Den døende patient skal ikke informeres - eller dø - på lægens eller personalets betingelser."²²

At lægevidenskaben *skal* have det sidste ord i livets slutfase er almen accepteret. Ingen hospitalslæge ville sende en dødssyg patient hjem med ordene: 'Nu er du så syg, at vi intet mere kan gøre, så du må hellere komme hjem'. En sådan udtalelse der vil berøve en patients livshåb, er tilnærmelsesvis en dødsdom. Sker der derfor ingen bedring i patientens tilstand til noget der ligner virkelig helbredelse, er han fanget på hospitalet til han dør. Resultatet er at mange patienter dør på hospitalet, i uvante kliniske omgivelser, omgivet af mekanisk og elektroniskudstyr og (ofte stressede) personer der udelukkende giver dem få og kortvarige psykologiske kontakter, og som patienten intet personligt forhold har til.

At dø uden en læges nærvær overgås nu kun af få 'heldige' eller stædige, der dør i deres egen seng. For andre får frygten for ikke at blive medtaget, og få del i de teknologiske livsforlængende processer på hospitalerne, livets afsluttende fase til at minde om et kapløb, der nedbryder de enkelte patienters selvtillid, så de taber troen på deres evne til selv at dø. At *dø selv* betyder ikke dø alene uden venner eller familie, men at dø selv indebærer en erkendelse og accept af, at livet ophører og døden indtræffer; også uden for hospitalets kliniske vægge.

²²Axel Engberg Pallesen: "Den håbløst syge og den døende patient", p. 469

Afsluttende bemærkninger

Ovenstående har været en kritisk gennemgang af nogle af de filosofiske aspekter der eksisterer indenfor området der angår medicinsk etik. Lægevidenskabens håndtering af specielt psykologiske sygdomme har været beskrevet.

En af pointerne har været, at lægevidenskabelig behandling vil forbedres, hvis der arbejdes mindre med symptombehandling. Det er en behandlingsform der måske kan forekomme at være en let og ubesværet løsning, men på længere sigt er der ikke tale om helbredende, men falsk behandling.

En anden pointe var, at lægevidenskaben skaber et selvforstærkende afhængigheds-forhold, således at patienten bliver mere og mere afhængig af udviklingen nyere præparater. Resultatet heraf er bl. a at patienterne bliver fremmedgjorte overfor deres egen krop, og mister evnen til at tage vare på deres eget liv, og kan være skyld i at adskillige dør en ulykkelig død.

Der er flere forhold der er blevet udeladt eller kun sporadisk gennemgået, for eksempel spiller de økonomiske perspektiver en afgørende rolle, men er stort set ikke omtalt. Alligevel håber jeg, at jeg har diskuteret en lille del af udviklingen inden for lægevidenskaben tilfredsstillende, og at den tendens som jeg ser der tegner sig, er blevet fremdraget på en tydelig og begribelig måde.

Litteraturliste

Bøger:

- Juul Jensen, Uffe: "Sygdomsbegreber i praksis", 2. Udgave, Munksgaard 1986
Petersson, Birgit: "De falske guder", 1. Oplag, Munksgaard 1991
Little, Miles: "Humane Medicine", Cambridge University Press, 1995
Singer, Peter: "Praktisk etik", Hans Reitzels Forlag A/S 1993
Illich, Ivan: "Limits to medicine", Marion Boyers Publishers Ltd, 1976
Marcuslund, Katja: "En filosofisk analyse af moderne medicin", speciale fra
Filosofisk Institut, Vejleder: Jørgen Døør, Odense Universitet, 1995

Uddrag fra

- Jensenius, Hans: "Medicinsk etik", Odense Universitetsforlag, 1978
Platon: "Staten", Oversat af Otto Foss, Platonselskabets skriftserie, Museum
Tusculanums Forlag, Københavns Universitet, 1992
Kragh, Helge og Pedersen, Stig Andur; "Naturvidenskabens teori", Nyt Nordisk
Forlag, 2. Udgave, 1991

Artikler:

- Hoffmaster, Berry: "Morality and social sciences", *Social science perspectives on
medical ethics*, George Weisz (Ed.), Kluwer Academic Publishers 1990, pp. 241-
261
- White, Doug: "Divide and multiply: culture and politics in the new medical order",
Troubled bodies, Poul A Komesaroff (Ed.) Duke University press 1995, pp. 20-38
- Rothfield, Philipa: "Bodies and subjects: medical ethics and feminism", *Troubled
bodies*, Poul A komesaroff (Ed.) Duke Universitypress 1995, pp. 168-202
- Redding, Poul: "Science, medicine, and illness: rediscovering the patient as person",
Troubled bodies, Poul A Komesaroff (Ed.), Duke University press 1995, pp. 87-103
- Wulff, Henrik R.: "Sygdom, sundhed og patientrolle", *Medicinsk etik*, Daniel
Andersen (redigeret), Fagl 1985, pp. 189-204
- Mabeck, Carl Erik: "Læge-patientforholdet", *Medicinsk etik*, Daniel Andersen (red.),
Fagl,
1985, pp. 205-215
- Rossel, Peter: "Det informerede samtykke", *Medicinsk etik*, Daniel Andersen (red.),
Fagl,
1985, pp. 251-262
- Pallesen, Axel Engberg: "Den håbløst syge og den døende patient", *Medicinsk etik*,
Daniel Andersen (red.), Fagl 1985, pp. 442-485

Fock, Niels: "Sygdom, sundhed, liv og død", *Sygdomsbilleder*, redigeret af Elsass, P. og Hastrup K., Gyldendal 1986, pp. 119-140

Hastrup, Kirsten: "En beretning om mødet med den hvidkittede teknologi", *Sygdomsbilleder*, redigeret af Elsass, P. og Hastrup K., Gyldendal 1986, pp. 231-252

Hass, Jørgen: "Friedrich Nietzsche", *Filosofien efter Hegel*, Bukdahl, Jørgen K. (red) Gyldendal 1980, pp. 95-137

Goodin, Robert E.: "Utility and the good", *A companion to ethics*, Peter Singer (Ed.) Basil Blackwell 1993, pp. 241-249

Karen Syberg: "Det er meget vigtigt at dø", *Dagbladet Information*, 31. august 1996