

en formulering hämtad från Heidegger-lärjungen Hans-Georg Gadamer talar Svenaeus om att »två horisonter« skall bringas i överensstämmelse, nämligen läkarens och patientens. Detta kan inte ske enbart genom att patienten accepterar läkarens förklaring och heller inte genom att läkaren reservationslöst lever sig in i patientens beskrivning. De bägge bilderna måste närma sig varandra och sammanfalla i ny och gemensam förståelse av patientens situation.

## Något mer än läkekonst?

Detta låter som en beskrivning av det ideala patient-läkarmötet, och Svenaeus tar också upp den tänkta invändningen att han här arbetar normativt i stället för deskriptivt. Det går inte, menar han, att beskriva vad som händer i klinisk praktik utan att relatera mötet mellan patient och läkare till något mål. Eftersom detta mål är hälsa, alltså något definitionsmässigt »gott«, är det inte möjligt att hålla värderingar utanför.

Sammanfattningsvis betonar Svenaeus att »attunement« uppmärksammas för litet i klinisk praktik. I likhet med Heidegger menar han att »attunement« är opplösligt förenat med vår upplevelse av tillvaron och vår personlighet. Vi är vår kropp, men kroppen lever också sitt eget liv, något som vi blir smärtsamt medvetna om när vi är sjuka.

Medicin kan inte bara bestå av tillämpad biologi, utan den måste också innehålla tillämpad hermeneutik.

Men stopp nu, säger kanske den läsare som har orkat följa med ända hit, behövs det verkligen 300 sidors filosofierande för att komma fram till en så enkel slutsats? Är det inte precis detta som läkare menar när de talar om läkekonst?

Jo, det kan så vara, men i det här fallet är det inte bara slutsatsen som är intressant, utan också vägen dit. Svenaeus' systematiska genomgång av den filosofiska verktygslådan ger en mer strukturerad bild av hur hälsa och sjukdom upplevs. Fenomenologins beskrivning av tillvarons olika aspekter och hermeneutikens tolkningsmetoder bör kunna komma till nytta både i den kliniska praktiken och i diskussionen om vad läkekonsten egentligen består av.

Ulf Schöldström

## Referenser

1. Birnbaum D, Wallenstein SO. Heideggers väg. Stockholm: Thales, 1999.
2. Fredriksson G. 20 filosofer. Stockholm: Norstedts, 1997.

## Långvarigt sjuk – en emigrant?

II När Fredrik Svenaeus' bok »The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health. Steps towards a philosophy of medical practice« kom för två år sedan fångade titeln mitt intresse, särskilt den sista delen av den. Det låg något lockande i att en filosof av facket hade gett sig på att skapa en teori för den praktiska delen av läkaryrket.

Olle Hellström recenserade den i Läkartidningen [1] och framhöll bl a hur väl författaren var hemmastadd i läkarens värld och hur äkta fallbeskrivningarna kändes. Det kan synas onödigt att poängtera sådant, men alltför ofta blir ju exemplen tillrättalagda för att passa till den tes de ska illustrera.

Hur känns det för en läkare utan filosofisk skolning att ge sig i kast med boken? Jo tack, ganska bra, om man följer författarens egna läsanvisningar och håller sig till de första och sista tredjedelarna och undviker det mellersta, fenomenologiska avsnittet.

## Den oföränderliga praktiken

Den historiska genomgången visar hur den medicinska praktiken i sina basala beståndsdelar undergått ganska måttliga förändringar genom århundradena, trots den föränderliga kunskapsbasen och trots ett avbrott under 1800-talet och första hälften av 1900-talet. Under den perioden stod tillämpningen av nya medicinskt naturvetenskapliga rön i förgrunden. Men under de senaste 20–30 åren har ju omsorgen om patienten som person och som bärare/ägare av sin sjukdom återigen erkänts som en viktig del av läkaryrket, och vi har (i det avseendet!) kommit tillbaka till traditionen. Ibland kommer man i diskussion med kolleger om vilket som är viktigast – det medicinska kunnandet eller förmågan till omhändertagande. Då är det skönt att ha den historiska kunskapen i ryggen – den dubbla kompetensen har med ovan nämnda avbrott karakteriserat läkaryrket sedan tidernas begynnelse.

Att tolka patientens symtom, att etablera en gemensam förståelse av vad som hänt och att på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet komma fram till en handlingsplan som syftar till att patienten återfår hälsan verkar vara det koncept som stått sig genom århundradena, oavsett om dagens vetenskap baserats på humoralpatologi, klassisk kinesisk akupunktur eller modern biomedicin.

Läkarens arbetsfält kan, enligt Svenaeus, beskrivas som tillämpad hermeneutik. Att sträva efter att förstå patienten innebär för läkaren att sätta sig in i hennes situation, hennes unika icke-hem-

mastaddhet i världen. Patientens egen berättelse är den bästa källan för förståelse av just den människan.

## Svårt att definiera hälsa

Det mest intressanta med boken är den definition av hälsa som Svenaeus ger. Likaväl som vi har begrepp för ohälsa från olika utgångspunkter, »disease« och »illness«, behöver vi användbara definitioner av hälsa. Biomedicinens definition av hälsa som frånvaro av sjukdom räcker inte; en definition av hälsa måste inrymma frånvaro av såväl disease som illness. WHO:s definition av hälsa som fullständig avsaknad av allt som kan göra livet besvärligt har visat sig praktiskt ohanterlig och stämmer inte med den mänskliga upplevelsen.

Svenaeus' definition av hälsa som »att vara hemmastadd i världen« ger återklang i mina egna erfarenheter, både som frisk läkare och som vanlig sjukling. Man behöver bara vara förkyld för att uppleva hur den invanda världen blir främmande. Bortsett från att huvudet värker och näsan blivit skinnflådd är den sköna stolen inte längre bekväm, maten smakar inte, avståndet till närbutiken är oöverstigligt och inga böcker är roliga. Man känner sig definitivt inte hemma stadd i sin vanliga tillvaro.

## En annan värld?

Men är ohälsa alltid »unhomelike being-in the world« – att inte vara hemmastadd i världen? Kanske stämmer det bäst på de akuta sjukdomarna? En ung kvinna som haft leukemi beskrev hur det var att anpassa sig till att vara frisk. När hon träffade jämnåriga efter sjukdomen kände hon sig som en utomjording. »Som att här kommer cancer-jag. De hälsade och var trevliga, men jag kände mig inte som en av dem.« Att komma tillbaka efter den långa sjukdomen, att börja leva i vardagen igen, var för henne nästan svårare än att vara sjuk. Ännu ett år efter det att hon friskförklarats pågår processen med att komma igen [2].

Den flickan hade varit svårt sjuk under en lång tid. Skildringen av hennes upplevelse stämmer inte så väl med »bristande hemmastaddhet i världen«. Det låter snarare som om hon varit i en helt annan värld. Antyder inte själva språkbruket, »att komma igen«, »att komma tillbaka«, att hon varit någon annanstans och att tillfrisknandet inte enbart handlar om att bli fri från sjukdomen utan också om att bli en del av den vanliga världen igen. För henne innebar att bli frisk att komma bort från en tillvaro, som både var främmande och djupt obehaglig. Hon upplevde sig

snarast vara »icke-hemmastadd i en annan värld«. I det här exemplet var det (sannolikt) en svår somatisk sjukdom som var huvudorsak till att patienten inte kom att vistas i den vanliga världen. Ett tillstånd som varar länge brukar kunna leda till anpassning. De långvariga sjukdomarna, både illness och disease, leder kanske till att man inte längre känner sig höra till den normala världen, särskilt inte om de innebär någon form av fysisk, intellektuell eller emotionell funktionsnedsättning.

Ohälsa skulle också kunna innebära att den sjuka upplever sig vara »hemmastadd i en annan värld«. Hellström antyder det i sin recension [1], när han diskuterar förståelsen av patienter med illness till följd av existentiella problem. Han beskriver hur upptagenheten av en sjukdomsupplevelse kan bli en ny form av »hemmastaddhet«.

### Emigranten

En långvarig sjukdom – oberoende av genes – skulle i så fall kunna liknas vid en migration, där den sjuka flyttar till ett annat land, där hon så småningom finner sig mer eller mindre väl till rätta. På samma sätt som det sällan är enkelt för emigranter att återvända till sina ursprungsländer när de väl etablerat sig i det nya landet, kan långvarigt sjuka kan ha svårt för att gå igenom den nya omställningsprocess det skulle innebära att flytta tillbaka till och etablera sig i den friska världen.

Patienter som varit sjukskrivna under lång tid återgår i en stor andel av fallen inte i arbete [3]. Vid sådana tillstånd tänker vi ofta i termer av primära och sekundära sjukdomsvinster, vilket inte alltid skapar de bästa förutsättningarna för ett empatiskt förhållningssätt. Situationen blir på ett helt annat sätt begriplig om man i stället tänker i termer av »hemmastadd i en annan-värld«. Här är en person som inrättat sig efter sina villkor, anpassat sig till den givna situationen och gjort sig hemmastadd i en ny värld.

Det innebär naturligtvis inte att läkare och patient utan vidare kan acceptera situationen och slå sig till ro. Men nog blir det lättare för läkaren att förstå patientens oförmåga (motspänstighet) att återvända till arbetslivet om man inser att man har en emigrant framför sig?

*Anna-Karin Furhoff*

### Referenser

1. Hellström O. Hemmastadd – men med önskad inneboende (recension). Läkartidningen 2000;97:3309.
2. Nordgren M. » ... men jag lever«. Dagens Nyheter 20 mars 2001, del B:18.
3. Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D, et al. Preventing disability from work-related low-back pain. CMAJ 1998;158:1625-31.

## Särtryck

Läkartidningen

I samband med 1994 års handikappreform beslutade riksdagen att stimulera utvecklingen av rehabilitering och habilitering med 1,4 miljoner kronor, bidrag som Socialstyrelsen fördelade och följde upp. Ett axplock av de medicinskt fokuserade projekt som bedömts vara av riksintresse har presenterats som separata artiklar i Läkartidningen under 1996 och 1997 och i serieform under 1999–2001.

Denna serie har nu samlats i ett särtryck, som av Socialstyrelsens projektgrupp kompletterats med två rapporter som inte redovisats i tidningen. Särtrycket täcker ett brett spektrum av rehabilitering och habilitering, t ex vid slaganfall, demens och svåra hjärnskador, för barn med särskilda behov och de många små grupperna med ovanliga funktionshinder.

Skriften har distribuerats av Socialstyrelsen. En mindre upplaga finns att beställa från Läkartidningen.

Priset är 100 kronor.



## Habilitering och rehabilitering

Beställer härmed.....ex av **Habilitering och rehabilitering**

.....  
namn

.....  
adress

.....  
postnummer

.....  
postadress

**Insändes till LÄKARTIDNINGEN**  
**Box 5603**  
**114 86 Stockholm**

**Faxnummer: 08-20 74 35**

**www.lakartidningen.se**  
**under särtryck, böcker**