

# I GRÄNSLANDET MELLAN BERÄTTELSE OCH BEVIS

Som allmänläkare rör man sig mellan högteknologi och oglamorös vardag, där människors triviala och tragiska lidande kräver så mycket mer än magnetkameraundersökning och mekaniska reservdelar.



**CHRISTER PETERSSON** med dr,  
distriktsläkare, FoU centrum och  
Vårdcentralen Strandbjörket,  
Växjö  
[christer.petersson@ltkronoberg.se](mailto:christer.petersson@ltkronoberg.se)

Det tål att sägas många gånger: Sjukvården är ett moraliskt, humanistiskt projekt, vars grundläggande uppdrag inte har förändrats på något avgörande sätt sedan Hippokrates' dagar för cirka 2 500 år sedan [1, 2]. Fortfarande gäller maximen att inte skada, stundom bota, ofta lindra och alltid trösta. Det som främst skiljer våra dagars sjukvård från Hippokrates' är att detaljkunskaperna mångdubblats och djupnat och att verktygen blivit oändligt många fler och mer sofistikerade. Detta har medfört att det diagnostiska och terapeutiska handlingsutrymmet ökat till de sjukas fördel. Men vi känner också myntets baksida; människors misstroende mot den fina, kvalificerade vården, fler anmälningar, ökade krav och en ny typ av sjuklighet, som bland annat kan ha med bristande tillit att göra [3].

## Allmänläkarens gränsposition

Som allmänläkare rör man sig i gränslandet mellan högteknologi och oglamorös vardag, där människors triviala och tragiska lidande kräver så mycket mer än magnetkameraundersökning och mekaniska reservdelar. Denna gränsposition skapar en del kunskapsteoretiska problem av principiell natur, samtidigt som den öppnar en ganska sluten och instrumentellt präglad biomedicinsk värld.

Utan överdrift kan man säga att allmänmedicinen manövrerar på ett kunskapsområde med svårdefinierbart centrum och osäkra gränser. Relativt obekymrad om detta faktum hämtar allmänmedicinsk praxis, i god pragmatisk ordning, sina kunskaper från en rad olika vetenskapsområden, där biomedicinen väger i särklass tyngst. I den kliniska vardagen har allmänmedicinen mycket gemensamt med en rad andra professionella områden, främst andra medicinska discipliner, men jämfört med många av våra kollegor inom organspecialiteter får vi i högre grad lita till kunskaper grundade på »vardagserfarenhet«. Vi tvingas ofta grunda våra ställningstaganden på fakta som inte är

klassificerade eller vetenskapliggjorda. Vår kunskap om patienten har ofta en personlig prägel, inte minst för att vi har ett långt tidsperspektiv och ofta kännedom om familjesituation, yrke, utbildning, tidigare sjukdomsbeteende med mera. Allt detta gör att det blir svårare att använda sig av reduktionistiska metoder, vilket är en grund för vetenskaplighet i traditionell mening.

Detta är ett grundproblem som vi måste leva med. Det är knappast lösbart, men kan bli fruktbart om det medvetandegörs. Jag skulle vilja formulera det ungefär så här: Allmänmedicinen (och primärvården) hanterar i stor utsträckning problem som hör hemma i »livsvärlden«, där vardagstänkande, omedelbar erfarenhet och helhetsförståelse dominerar. Vi förväntas transformera livsvärldens erfarenheter till en »systemvärld« av hårda fakta, systematik och vetenskap. Av diffusa symtom förväntas vi skapa sjukdomar, som låter sig klassificeras, förklaras, behandlas och helst botas. Hur klarar vi det?

En förutsättning är en bred kunskapssyn, som inte förvandlar symtom och företeelser i den mänskliga upplevelsevärlden till artefakter i en värld av biomedicinska sanningar. Vi måste tvärtom utgå ifrån att mänsklig upplevelse och erfarenhet är den primära grunden för vårt handlande och att vetenskapen är ett redskap som vi ofta, men inte alltid, har god nytta av.

## McWhinney och allmänmedicinens särdrag

Ian McWhinney – välkänd kanadensisk professor i allmänmedicin – försökte i en artikel för några år sedan sammanfatta allmänmedicinens särdrag under rubriken *The importance of being different* [4]. I det följande kommenterar jag några av punkterna i hans artikel och går sedan vidare med några tankar om skönlitterär läsning och »narrative based medicine«, som exempel på en metod att utveckla de kvaliteter McWhinney talar om i sin artikel.

## Relationen kommer före sjukdomen

Allmänmedicinen, säger McWhinney, är den enda disciplin som definierar sig i form av en relation till patienten. Relationen kommer före sjukdomen, eftersom vi ofta känner patienten innan han blir sjuk. Detta kan vara ett problem i ett samhälle som tycks sätta allt mindre värde på relationen och istället värderar den »mekanistiska metaforen«. De som värderar relationen tenderar att värdera erfarenhet och upplevelse (experience) snarare än det instrumentella förnuftet. Upplevelse (experience) engagerar känslor. Känslor spelar en viktig roll i allmänmedicinen.

Allmänläkare tenderar att tänka i termer av individuella patienter, snarare än i generaliserande abstraktioner. Ju närmare vi kommer enskilda individer, desto svårare är det att se dem som representanter för en viss klass eller en viss sjukdomsgrupp. För att ställa diagnoser, bestämma typ av behandling och göra prognoser behöver vi den distansering som vetenskap och

## SAMMANFATTAT

**För allmänmedicinaren** kommer relationen till patienten som regel före sjukdomen och patientens (livs)berättelse väger tungt. God individkännedom är ofta ett villkor för terapeutisk framgång.  
**Förmågan att lyssna** och tolka en (sjukdoms)berättelse är därför grundläggande och

måste ständigt vidareutvecklas inom allmänmedicinen.  
**Skönlitterär läsning** kan vara en metod att utveckla förmågan att tolka en berättelse och se världen med andras ögon. Därmed skapas möjlighet att fördjupa den empatiska fantasin, ett viktigt redskap i patientarbetet.

## »Allmänläkare tenderar att tänka i termer av individuella patienter, snarare än i generaliserande abstraktioner.«

klassificering erbjuder. Men klassificering distanserar oss från upplevelsen och fokuserar på det allmänna. Omvårdnad (care) kräver däremot uppmärksamhet på detaljer.

Man vårdar inte kategorier! Man vårdar enskilda människor. Detta kräver stor varsamhet, när man till exempel hanterar vårdprogram och andra generaliserande instrument. Idealet är en integration av de båda kunskapsformerna: en förmåga att se det universella i det partikulära. Man skulle kanske kunna säga att allmänmedicinen måste blicka över det hela och samtidigt vila i det enskilda.

Dagens akademier har skilt tanke från känsla. Det råder obalans mellan intellektuell och känslomässig utveckling, vilket troligen har sin bakgrund i den rationalitet upplysningen stod för. Filosofen Stephen Toulmin säger om upplysningen att abstrakta axiom och generella principer hyllades, medan konkret mångfald och enskilda fall förbisågs.

### Mekanistiskt eller organiskt tänkande?

Ju större komplexitet i ett system, desto större osäkerhet i förutsägelse. Den enskilde är komplex och kan inte entydigt förklaras eller förutsägas med hjälp av generella lagar. Allmänmedicin bör därför vara baserad på organiska snarare än på mekanistiska metaforer från biologin. Organiskt tänkande är mångdimensionellt och icke-lineärt. Det är tillämpligt på flera nivåer. På låg nivå kan vi syssla med att analysera hormoner och neurotransmittorer, men på hela organismens nivå måste vi analysera och kommunicera med ord och symboler, mening och intentioner.

Att byta från mekanistiskt till organiskt tänkande kräver en radikal ändring och ett brott med doktrinen om den specifika sjukdomsetiologin. Vi måste sluta tänka lineärt och istället tänka i nätverk av orsaker. På den punkten har vi kanske kommit en liten bit på väg. Vi vet till exempel att en orsak som underhåller en sjukdom kan vara skild från den som orsakade sjukdomen. I varje sjukdom kan sociala faktorer vara del i orsaksväven och mänskliga relationer kan vara del av helandeprocessen. I ett komplext system ligger orsak och verkan sällan nära varandra i tid och rum. Var det isoleringen som förorsakade depressionen eller var det depressionen som förorsakade isoleringen?

Händelserna i våra liv vävs samman till personliga livsberättelser. För allmänmedicinen betyder det bland annat att patientens upplevelse av sjukdom (illness) blir minst lika viktig som den diagnos medicinen kommer fram till (disease). Kvalitativ forskning, som undersöker människors uppfattningar och föreställningar om liv och sjukdom, blir en nödvändighet.

### Uppmärksamhet och självkänedom

Att lyssna till en person med total och odelad uppmärksamhet är en av de största tillgångarna i konsultationen. Genom att lyssna kan man utveckla den förmåga McWhinney kallar »non-egoistic, impersonal love«. Detta är inte en känsla i vanlig mening och den är inte beroende av någon särskild affektion till patienten, utan en ganska saklig hållning, det vill säga att göra det som bör göras. Den barmhärtige samariten i Bibeln är en god förebild för praktisk kärlek och solidaritet.

En förutsättning för att kunna förstå en patients känslor och emotioner är att vi vet något om våra egna känslor. Självkänedom är försummad i den medicinska utbildningen, kanske

för att vägen är lång och svår, men det kan vara lika viktigt att öppna en väg inåt på samma självklara sätt som vi öppnar nya vägar utåt. Vår (medicinska) kultur uppmuntrar knappast en sådan utveckling. Snarare än att vända vår uppmärksamhet inåt drivs vi av kulturen att sätta vår tilltro till nya abstraktioner som systemteori och avancerad kvalitetssäkring.

McWhinney frågar sig avslutningsvis om medicinen kan bli en självreflekterande disciplin och om allmänmedicinen kan bli vägledare in i ett nytt paradig. Själv frågar jag mig, mera konkret, om vi kan bli bättre på att ta till vara vardagliga erfarenheter och tyst kunskap för att utveckla den kliniska kompetensens adelsmärke – den goda omdömesförmågan – och vilka medel och metoder vi i så fall ska tillgripa?

### Individkunnandet och specialistkunnandet

McWhinney talar visserligen om allmänmedicinen, men hans ord kunde lika gärna stå som vägvisare mot en mera humanistisk medicin i allmänhet: Hos McWhinney finns förtroendet för den empiriska vetenskapen och dess möjlighet att skapa underlag för kliniskt handlande. Som framgått ovan finns också insikten om vetenskapens begränsningar och nödvändigheten av att utveckla ett förhållningssätt till komplexiteten och motsägelsefullheten hos den enskilde. Inom en humanistisk (allmän)medicin är det därför nödvändigt att utveckla ett individkunnande, som ingalunda är oberoende av vetenskaplig kunskap, men vars särart mera bestäms av intuition och kommunikation. Kollegan C E Rudebeck har i ett antal artiklar utvecklat sina tankar om individkunnandet (kompetensen) som allmänmedicinens egentliga specialitet. Han framhåller då begrepp som kroppsempati, patientcentrering, närvaro och individpedagogik, och förmågan att se människan i sitt sammanhang [5].

Individkunnande handlar inte om att bli expert på fru Andersson i den meningen att jag som doktor tror mig veta allt av värde om hennes liv. Bevara oss för den typen av megalomana föreställningar! Fru Andersson bestämmer själv vad hon vill dela med sin doktor. Nej, det handlar om att ha en sådan relation och en så välgrundad kännedom om fru Andersson att jag i mötet med henne nästan förmår att uppfatta villkoren för hennes smärta, utan att förlora distansen. Eller åtminstone att jag orkar vara närvarande, lyssna och bemöta henne på ett sätt som i sig kan vara läkande.

Detta kan låta uppblåst och svårt för den som vill begränsa sig till en instrumentell professionell hållning, men i McWhinneys värld är det en uppfordrande självklarhet, som förutsätter att man som doktor hela tiden utvecklar sin självkänedom, sin kommunikativa förmåga och sin förmåga till en slags osjälvisk närvaro i konsultationsrummet tillsammans med fru Andersson.

Att utveckla dessa förmågor hör också till det professionella livet. Det finns ett rikt utbud av kurser och specifika metoder, men i det följande vill jag säga något om en mer ospecifik metod, som kan tillämpas nästan var och när som helst, nämligen läsning av skönlitteratur. Jag gör det inte i syfte att nå fram till slutsatsen att man blir en bättre doktor av att läsa böcker, men jag vill gärna visa på att skönlitteratur kan vara en god väg mot ökat individkunnande i Rudebecks mening. I ett brev skriver Rudebeck själv: »Mer och mer blir jag förvissad om att essäistik och litterär gestaltning är de enda sätten att i skrift fånga expert/individkompetensen.«

### Patientberättelsen och skönlitterär läsning

Den enkla utgångspunkten för ett sådant antagande är att den medicinska konsultationen grundar sig på patientens egen berättelse. Utan berättelsen famlar vi i ett tomrum, hur många prov och röntgenplåtar vi än tar. Kanske kan bristen på berättelse

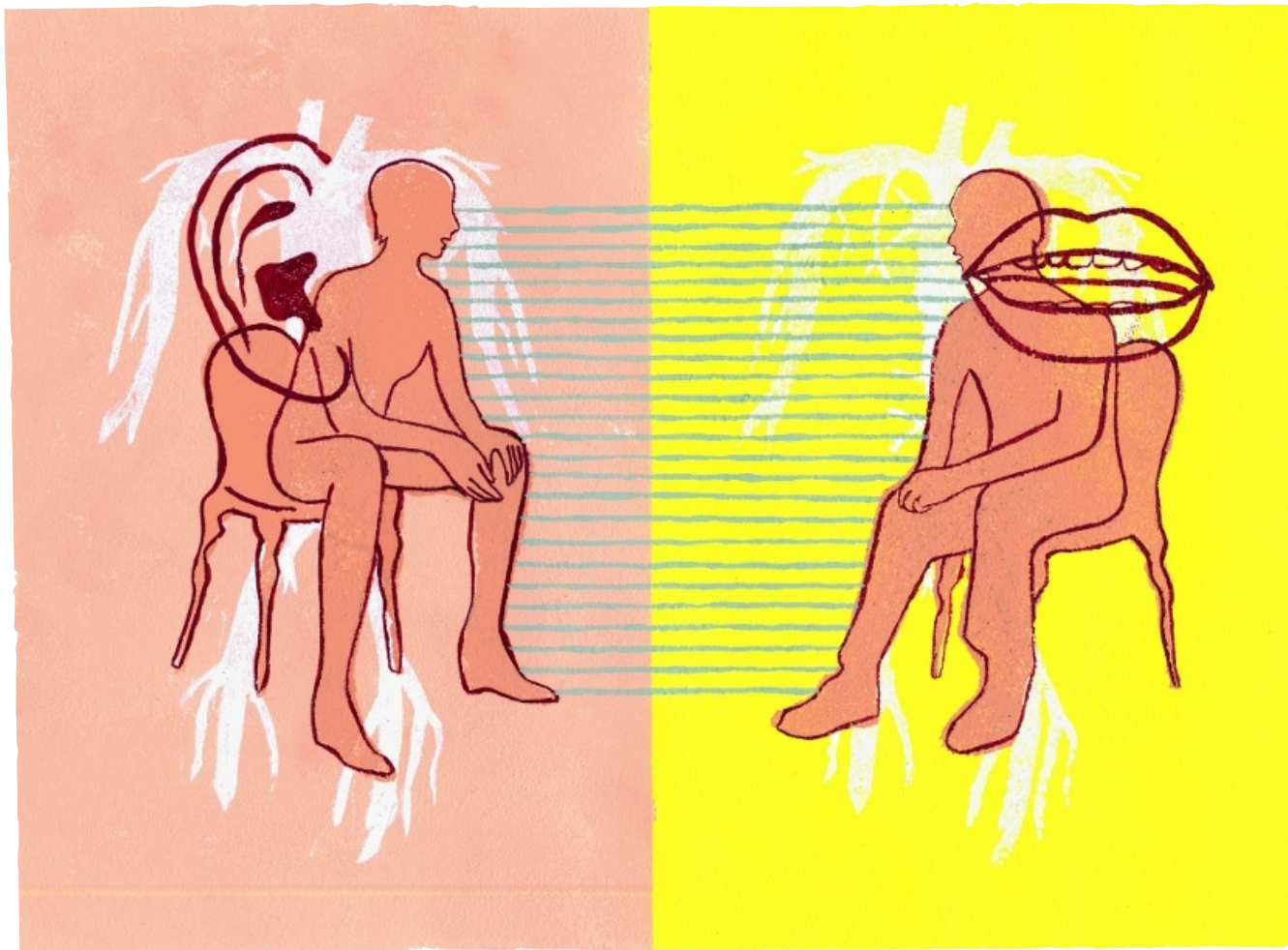


Illustration: Jessica Romberg

**Gränsöverskridande.** Allmänmedicinen manövrerar på ett kunskapsområde med svårdefinierat centrum. Relativt obekymrad om detta hämtar allmänmedicinsk praxis sina kunskaper från en rad olika vetenskapsområden, där biomedicinen väger i särklass tyngst. I den kliniska vardagen har allmänmedicinen mycket gemensamt med andra professionella områden, främst andra medicinska discipliner, men jämfört med många av kollegor inom organspecialiteter får allmänläkaren i högre grad lita till kunskaper grundade på vanlig »vardagsserfarenhet«.

telse vara en orsak till att riskfaktorbedömning ibland är så problematisk: Där står vi med ett mätvärde (exempelvis kolesterol) utan förankring i den subjektiva upplevelsen; ett faktum utanför varje konkret sammanhang. Berättelsen däremot, hur provisorisk och fragmentarisk den än är, finns i ett livssammanhang och kan vara nyckeln till patientens problem. När BMJ för några år sedan publicerade en artikelserie om »narrative based medicine« (berättelsebaserad medicin) framhölls bland annat att lyssnandet till en patients sjukhistoria är en tolkningsakt, där det centrala är att utvinna mening på samma sätt som litteraturläsaren eller kritikern försöker hitta mening i en text [6, 7]. Den narrativa metoden ger möjlighet att handskas med existentiella kvaliteter som inre smärta, förtvivlan, hopp, sorg och moraliska svårigheter, som ofta åtföljer eller till och med utgör människans sjukdomsupplevelser [6].

I den skönlitterära texten blir berättelsen visserligen en konstprodukt, men genom att den bevarar förbindelser med omvärlden och den enkla (patient)berättelsen kan den öppna nya perspektiv. Den turkiske författaren Orhan Pamuk säger i en artikel i Dagens Nyheter att vi genom läsning av romaner kan »ställa oss i den andres skor«, alltså gå in i och ut ur andra personer och se världen med den andres ögon. »Det är just genom läsning av romaner, berättelser och myter, som vi kommer till

klarhet om vilka idéer, som styr världen vi lever i; fiktionerna ger oss tillgång till de sanningar, som hålls övertäckta och gömda av våra familjer, vår skola och vårt samhälle; romankonsten tillåter oss att ställa frågan om vilka vi verkligen är« [8].

Pamuk formulerar här ett tungt argument för litteraturläsning: att försöka se världen ur andra perspektiv än sitt eget och därmed ge möjlighet att utveckla den empatiska fantasin, kanske det allra viktigaste instrumentet i dialogen med patienten. Här vill jag betona att fantasin är intimt förknippad med empatin, kanske rentav dess förutsättning [9].

#### Förstapersonsperspektivet

Skönlitteraturen gör inga anspråk på objektivitet. Den ger nästan alltid ett första persons perspektiv på tillvaron. Den lösgör individen ur massan. Den hjälper visserligen inte mig som doktor att lösa det ständiga dilemmat med hur generell kunskap om människor på gruppnivå ska kunna appliceras på just den individ jag har framför mig i konsultationsrummet, men den gör mig vaken för problemet och ger en alternativ ingång.

Många av sjukvårdens moraliska dilemman kräver formellt regeltänkande, som ibland blir kontraeffektivt genom att ta död på intresset för själva grundfrågan om vad som är rätt och fel i



just denna situation. God litteratur löser inte moraliska dilemman, men gestaltar dem på ett sätt som får dem att kännas angelägna och uppfordrande för läsaren. Man talar ibland om en narrativ etik, och dess värde framhålls av många [1].

Det finns en rad andra dimensioner i skönlitteraturen som är relevanta när man argumenterar för »nyttan« av läsning för läkare. Patienters egna berättelser [10, 11] liksom gestaltande romaner om sjukdom, smärta och döende [12, 13] kan tillföra kunskap som facklitteraturen inte kan komma i närheten av. Läkaren rollen och samspelet mellan läkare och patienter har skapat många levande klassiker, vars budskap är lika aktuella idag som för hundratals år sedan [14]. Humor, satir och kritik av vårdparaten och det stelbenta medicinska tänkandet har alldeles säkert bidragit till förändringar i synen på hur vården bör bedrivas och organiseras. Vilken genomslagskraft hade inte P C Jersilds »Babels hus«, när den kom på 1970-talet [15]!

## Berättelsen och det kliniska minnet

En kvalitet som sällan framhålls är läsningens förmåga att öva koncentration och närvaro i McWhinneys mening. För mig personligen är den kvaliteten främst förknippad med poesiläsning. Poesin gör inte anspråk på att vara effektiv eller nyttig, men en sak som den verkligen gör, skriver Nobelpristagaren Seamus Heaney, »är att hålla vår uppmärksamhet fången ett ögonblick, att inte fungera som distraktion utan som ren koncentration, som ett fokus, där vår förmåga till koncentration, koncentreras tillbaka till oss« [16]. Det kan räcka med två enkla rader av poeten Bengt Emil Johnson [17] för att förstå vad Heaney menar:

»och varje barr på Taigan  
utgör Taigans centrum«

Jag snuddar här vid den mera formella syn på litteraturens roll, som berör vårt sätt att uppmärksamma verkligheten omkring oss, hur vi tar in vissa sinnesdata och utesluter andra, hur vi minns, bearbetar och skapar meningsfulla sammanhang. Berättelsen skulle kunna vara en grundform för det kliniska minnet, framhåller den engelska allmänläkaren och forskaren Trisha Greenhalgh. Hon skriver: »Furthermore there is growing evidence that clinical knowledge is stored in our memories as stories rather than as structured collections of abstracted facts« [18]. Greenhalgh har skrivit mycket om evidensbaserad medicin samtidigt som hon är djupt förtrogen med den narrativa traditionen. För henne handlar medicinskt kunnande inte om antingen vetenskap eller berättelse; båda är lika nödvändiga eftersom det mänskliga medvetandet rastlöst tycks vara på jakt efter mening och sammanhang. Lösryckta fakta söker ständigt sina berättelser.

## Praktisk visdom

Den amerikanska filosofen Martha Nussbaum har utvecklat sitt tänkande om litteraturens roll i en rad böcker av vilka någon är översatt till svenska [19]. Nussbaums målgrupp är i första hand juridikstudenter. Hon vill visa vilken nytta jurister och domare kan ha av skönlitteratur i sin dagliga gärning. Nussbaum uppehåller sig mycket kring Aristoteles' teori om praktisk visdom – phronesis – och det goda omdömet [20]. Tanke och känsla i intimt samspel liksom förmåga till inlevelse och empati är enligt Nussbaum förutsättningar för att utveckla det goda omdömet. Hon menar att vi lär oss våra känslor på liknan-

de sätt som vi lär oss våra övertygelser – av samhället omkring oss. Men i motsats till våra övertygelser lär vi oss inte känslorna genom påståendesatser om världen, utan genom berättelser. En rättvis dom kräver att vi sätter oss in i den konkreta personens bakgrund och förutsättningar. Här är den skönlitterära berättelsen den allra bästa läraren, menar Nussbaum.

Merete Mazzarella har nyligen gett ut en mycket läsvärd bok om litteratur och medicin [21]. Jag uppfattar att hon i många avseenden ligger nära Nussbaum samtidigt som hon kritiserar henne för en alltför enkel litteratursyn. I en tidigare bok [22] skriver Mazzarella att Nussbaum har en alltför optimistisk syn på litteraturens möjlighet att påverka och utveckla känslor. Hon menar att den är en slags »fjälluftsteori«, det vill säga den uttrycker föreställningen att god litteratur är välgörande för var och en som kommer i kontakt med den. Samspelet mellan litterärt verk och läsare är mycket mera komplext, och det finns knappast någon för alla gemensam väg till litteraturen eller någon allmänlitterär god inverkan på människors känsloliv, samspelet och ömsesidiga förståelse, menar Mazzarella. Det är en generande sanning att även nazismens bödlar älskade sin Goethe och sin Schiller.

## Att återerövra berättandet

I västerlandet har vi i stor utsträckning förlorat den muntliga berättartraditionen i form av myter och legender, som hade stor betydelse för upplevelse och tolkning av sjukdomar [7]. Utvecklingen har i någon mening gjort oss mera tolkningsfattiga inför livets svårigheter och glädjeämnen. Även om en skriftlig tradition aldrig kan ersätta en muntlig, tror jag ändå att den skönlitterära texten idag är ett av de bästa medlen för att återvinna lyssnandets och tolkandets konst, men det ger sig inte alldeles av sig självt. God litteratur kan visserligen inandas som frisk fjälluft, men för att göra verkan kräver den svar och eftertanke. Och för att ge avtryck i den kliniska praktiken behöver den hjälp av det muntliga samtalet med kollegor i fikarummet, i FQ-gruppen eller studiecirkeln. Eller varför inte med en dikt vid den gemensamma samlingen före dagens patientmöten [23]?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Stolt CM. Medicinen och det mänskliga. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
2. Rosenberg G. Plikten, profiten och konsten att vara människa. Stockholm: Bonniers; 2004.
3. Borgenhammar E, Olin R. Till-litsbristsjukdomar: myt eller verklighet? Stockholm: Nationella folkhälsokommittén; 1997.
4. McWhinney IR. The importance of being different. Br J Gen Pract 1996;46:433-6.
5. Rudebeck C-E. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? AllmänMedicin 1998;19:32-6.
6. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? BMJ 1999;318:48-50.
7. Heath I. The mystery of general practice. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1995.
8. Noll P. Den utmätta tiden. Stockholm: Brombergs; 1985.
9. Lindquist UC. Ro utan åror: en bok om livet och döden. Stockholm: Norstedts; 2004.
10. Tolstoj L. Ivan Iljitjs död. Stockholm: Forum; 1974.
11. Gustafsson L. En biodlares död. Stockholm: PAN/Norstedts; 1979.
12. Böttiger LE. Diktade doktorer: läkaren som litterär gestalt. Stockholm: Läkartidningen; 2000.
13. Heaney S. Dit man hör: litterära essäer. Stockholm: Natur och Kultur; 1996.
14. Johnson BE. Om Öster. Stockholm: Bonniers; 1999.
15. Greenhalgh T. Intuition and evidence – uneasy bedfellows. Br J Gen Pract 2002;52:395-400.
16. Nussbaum M. Känslans skärpa, tankens inlevelse. Stockholm: Symposion; 1995.
17. Aristoteles. Den nikomachiska etiken. Göteborg: Daidalos; 1993.
18. Mazzarella M. Den goda beröringen: om kropp, hälsa, vård och litteratur. Helsingfors: Söderströms; 2005.
19. Mazzarella M. Där man aldrig är ensam: om läsandets konst. Helsingfors: Söderströms; 1999.
20. Horowitz HW. Poetry on rounds: a model for the integration of humanities into residency training. Lancet 1996;347:447-9.

»Lösryckta fakta söker ständigt sina berättelser.«