



LUND UNIVERSITY

Läkaren som patient. Dokumentära och litterära vittnesmål under 1900- och 2000-tal.

Wistrand, Jonatan

2019

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Wistrand, J. (2019). *Läkaren som patient. Dokumentära och litterära vittnesmål under 1900- och 2000-tal.* [Doktorsavhandling (sammanläggning), Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund]. Lund University: Faculty of Medicine.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00



Läkaren som patient

– dokumentära och litterära vittnesmål under
1900- och 2000-tal

JONATAN WISTRAND

ENHETEN FÖR MEDICINENS HISTORIA | LUNDS UNIVERSITET



Läkaren som patient

“A physician who treats himself has a fool for a patient.” Det menade åtminstone läkarikonen sir William Osler (1849-1919). Drygt hundra år senare är frågan hur läkare förhåller sig till den yrkesmässiga identiteten och erfarenheten vid egen ohälsa fortfarande högaktuell. Genom fem delstudier kartlägger *Läkaren som patient – dokumentära och litterära vittnesmål under 1900- och 2000-tal* hur enskilda läkare i beskrivande text har gestaltat upplevelsen av personlig sjukdom. Bokens syfte är att visa på den biografiska litteraturens förmåga att nyansera vår förståelse för vad det innebär att som läkare bli sjuk. Delstudierna berör ett spektrum av ohälsa: hjärtsjukdom, missbruk och psykisk sjukdom. Förhoppningen är att avhandlingen ska tillföra erfarenheter av verklig nytta för den läkare som själv blir sjuk, liksom för den läkare som i sin yrkesvardag möter patienter som också är kollegor.



Jonatan Wistrand är läkare och forskare vid *Enheten för medicinens historia* vid Lunds universitet. Sedan 2010 undervisar han på läkarutbildningen inom ämnesområdet medicinsk humaniora. *Läkaren som patient – dokumentära och litterära vittnesmål under 1900- och 2000-tal* är Jonatan Wistrands doktorsavhandling.



Läkaren som patient

Läkaren som patient

Dokumentära och litterära vittnesmål
under 1900- och 2000-tal

Jonatan Wistrand



LUNDS
UNIVERSITET

AKADEMISK AVHANDLING

som för avläggande av doktorexamen vid medicinska fakulteten, Lunds universitet,
kommer att offentligen försvaras i Föreläsningssal 3, Skånes universitetssjukhus, Lund
kl. 09:00 fredagen 29 november 2019

Opponent: Rolf Ahlzén, docent, Karlstads universitet

Organization LUND UNIVERSITY Medical faculty Department of the history of medicine Author: Jonatan Wistrand		Document name DOCTORAL DISSERTATION
		Date of issue November 2019
		Sponsoring organization
Title and subtitle Läkaren som patient. Dokumentära och litterära vittnesmål under 1900- och 2000-tal		
Abstract In recent decades, several studies have shown that when doctors seek healthcare their professional and personal identities are often contested, creating ambiguity about the division of roles and responsibilities. However, little attention has been paid to written illness narratives—pathographies—by doctor–patients, and how these narratives might reflect changes over time in the experienced dilemmas of sick physicians. The five papers in this study chart how personal illness has been perceived by physicians in the twentieth and twenty-first centuries. Informed by theories derived from cultural and historical understandings of the medical encounter, each paper applies a text-interpretative—hermeneutic—approach to a selection of pathographies, covering a spectrum from somatic to psychiatric diagnoses. The main argument of the study is that a close reading of pathographies written by doctor–patients is a necessary complement to traditional research findings, shedding important light on the complexities of doctor-patient experiences. As the narratives provide illustrative descriptions of doctor–patients’ experienced difficulties and role dilemmas, they also detail the need for a greater awareness of the sociological terms of doctoring. Practising person-centred care, rather than patient-centred care, promises to be part of such an awareness, and is discussed as a possible strategy for doctors and patients, when trying to re-establish an appropriate dramatic composition in the medical encounter.		
Key words Physician narratives, Medical humanities, Pathography, Medical history, Literature and medicine		
Classification system and/or index terms (if any)		
Supplementary bibliographical information		Language Swedish
ISSN: 1652-8220		ISBN: 978-91-7619-806-3
Recipient’s notes	Number of pages 147	Price
	Security classification	

I, the undersigned, being the copyright owner of the abstract of the above-mentioned dissertation, hereby grant to all reference sources permission to publish and disseminate the abstract of the above-mentioned dissertation.

Signature



Date 2019-10-14

Läkaren som patient

Dokumentära och litterära vittnesmål
under 1900- och 2000-tal

Jonatan Wistrand



LUNDS
UNIVERSITET

Omslagsbild: Målning utan titel av Olaf Hajek (2013).

Omslagets baksida: Citat från William Osler (1961), *Sir William Osler. Aphorisms from his bedside teachings and writings*, red. William Bean, Springfield: Charles C. Thomas, s.53. Författarporträtt av Bildbyrå Göran Petersson AB.

Copyright s.1-147 Jonatan Wistrand

Paper 1 © Medical Humanities

Paper 2 © Ars Medica

Paper 3 © Svensk Medicinhistorisk Tidskrift

Paper 4 © Medical Humanities

Paper 5 © Författaren (manuskript ej publicerat)

Medicinska fakulteten

Enheten för medicinens historia

ISBN 978-91-7619-806-3

ISSN 1652-8220

Printed in Sweden by Media-Tryck, Lund University

Lund 2019



Media-Tryck is an environmentally certified and ISO 14001:2015 certified provider of printed material. Read more about our environmental work at www.mediatryck.lu.se

MADE IN SWEDEN 

Till Sofie, Julius och Valdemar och min kära hustru Cecilia

I had lived in both worlds – the world of the doctor and the world of the patient – and I was coming to understand better the varying perceptions of the same events. There was no simple right or wrong in the potentially contrary interpretations of doctors and patients about hospital medicine. Both were rooted in realities – different realities.

Fitzhugh Mullan (1983), *Vital signs. A young doctor's struggle with cancer* s.161.

Innehållsförteckning

Originalarbeten	10
Abstract	11
Förord	13
Introduktion	15
Bakgrund	16
Syften	23
Fem delstudier	23
Etiska överväganden	27
Disposition	28
Hälsotillstånd och vårdsökande bland läkare – ett samtidsperspektiv	31
Läkarkårens vårdsökarbeteende	31
Somatisk hälsa och ohälsa bland läkare	34
Missbruk bland läkare	36
Psykisk hälsa och ohälsa bland läkare	37
Medicinsk humaniora – den akademiska hemvisten	43
Ämnesrådets framväxt och karakteristika	44
Narrativ medicin - berättelsens roll i sjukvården	50
Patografin som genre	53
Problemområdets framväxt och metodologiska differentiering	61
Enkätstudier och intervjustudier	62
Från dokumentärt material till fiktiva texter	64
Narrativ hermeneutik – ett metodologiskt ramverk	68
Källkritiska överväganden och sanningsanspråk	71
Texturvalets representativitet	73

Textmaterial	75
Utdrag ur levnadsteckningar	75
Personliga essäer	76
Patografiska verk	78
Antologibidrag	80
Genusaspekter	88
Den medicinska dramaturgin	93
Rollerna tar form	94
Talcott Parsons – sjukvårdens rollfördelning	98
Erving Goffman – sjukvårdens dramaturgi	100
Rollbyttets diskrepans – från läkare till patient	102
Läkarroll och patientroll i förvandling	107
Läkarrollen i de hippokratiska skrifterna	108
Medicinens utveckling till en vetenskap	109
Läkaren som idealtyp under 1900-talets första hälft	111
Läkarroll och patientroll under senare delen av 1900-talet	113
Rollpositionernas förflyttning över tid	116
Diskussion och slutsatser	119
Avhandlingens resultat i en samtida kontext	120
Sjukdomsupplevelsens kronologi	122
Läkaren som patient – en utmaning i förändring	126
Perspektivering mot framtida forskning	128
Avslutning	130
Tack	133
Referenser	135
Tryckta källor	135
Elektroniska källor	146
Korrespondens och muntliga källor	147

Originalarbeten

1. **Jonatan Wistrand** (2017), "When doctors are patients: A narrative study of help-seeking behaviour among addicted physicians" *Medical Humanities* vol.43, s.19-23.
2. **Jonatan Wistrand** (2018), "Doctors as Patients: An Interpretative Study of Two Literary Narratives" *Ars Medica* vol.13, s.5-22.
3. **Jonatan Wistrand, Peter M. Nilsson** (2018), "Israel Holmgren som patient. Nya perspektiv på en nestor inom svensk invärtesmedicin" *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift* vol.22, s.135-159.
4. **Jonatan Wistrand** (2019), "Distressed doctors: A narrative and historical study of work-related mental discomfort among practicing physicians" *Medical Humanities* (publicerat online 29 juli 2019).
5. **Jonatan Wistrand**, "Ailing hearts, troubled minds: An historical and narratological study on illness narratives by physicians with cardiac disease" (insänt manuskript).

Abstract

In recent decades, several studies have shown that when doctors seek healthcare their professional and personal identities are often contested, creating ambiguity about the division of roles and responsibilities. However, little attention has been paid to written illness narratives – pathographies – by doctor-patients, and how these narratives might reflect changes over time in the experienced dilemmas of sick physicians.

The five papers in this study chart how personal illness has been perceived by physicians in the twentieth and twenty-first centuries. Informed by theories derived from cultural and historical understandings of the medical encounter, each paper applies a text-interpretative – hermeneutic – approach to a selection of pathographies, covering a spectrum from somatic to psychiatric diagnoses.

The main argument of the study is that a close reading of pathographies written by doctor-patients is a necessary complement to traditional research findings, shedding important light on the complexities of doctor-patient experiences. As the narratives provide illustrative descriptions of doctor-patients' experienced difficulties and role dilemmas, they detail the need for a greater awareness of the sociological terms of doctoring. Practising person-centred care, rather than patient-centred care, promises to be part of such an awareness, and is discussed as a possible strategy for doctors and patients, when trying to re-establish an appropriate dramatic composition in the medical encounter.

Förord

Som semestervikarierande undersköterska vid Lunds lasarett – mellan läkarutbildningens fjärde och femte termin – träffade jag M. Han var i min ålder, kanske lite äldre. Någon jag kunde identifiera mig med, och samtidigt någon i ett annat skede av livet. M var svårt sjuk i cancer, patient på den onkologiska avdelning där jag arbetade. Några år tidigare hade han fått diagnosen osteosarkom. Nu hade han spridd cancer, metastaser, och befann sig bortom varje känd möjlighet till bot.

Det hände att jag från expeditionen såg M gå genom avdelningens korridor, ofta med ena handen om en kräppåse. Men även då, när sjukdomen och cellgiftsbehandlingen gjorde tillvaron som allra svårast var det något som skiljde hans sätt att ta sig fram från de andra patienterna. Målmedvetet, utan att se sig om åt sidorna, med välbekanta steg snarare än långsamt och trevande. Delvis berodde det på att M hade tillbringat mycket tid som patient på onkologen. M var en luttrad patient, men det var inte hela förklaringen. Sjukhuset hade nämligen fram till nyligen också varit hans arbetsplats. M var läkare. Någon specialistkompetens hade han inte och skulle inte heller hinna få. Men han var läkare, han var van vid avdelningsmiljön. Han hade fram till för något år sedan rondat patienter på det sjukhus där han nu var inlagd.

Min respekt för 'läkarpatienten' M var stor. Jag närmade mig honom med tvekan över hur han med sin kliniskt skolade blick skulle utvärdera och bedöma mig i min ännu så oslipade yrkesroll. Men ganska snart försvann min osäkerhet. Redan efter några dagar gick jag gärna in till M när tid fanns, stannade därinne lite längre än nödvändigt. Att lyssna till hans sjukdomsberättelse var gripande. De snabba kasten mellan hopp och förtvivlan. Sökandet efter behandlingsalternativ när de mediciner kliniken kunde erbjuda hade visat sig verkningslösa. M hade i samråd med avdelningens överläkare sökt licens för läkemedel som ännu inte fanns registrerade i Sverige.

Men hos M fanns inte bara ett sökande efter fler och bättre behandlingsverktyg, utan också ett sökande efter förhållningssätt. Efter strategier för att införliva sjukdomen i den värld som inte gick att förneka, men som inte heller till fullo gick att förstå. Konstnärliga uttryck var en del av det sökandet. Jag minns hur M fick mig att se filmen *Den tunna röda linjen* (1998) och hur jag med hans ögon upptäckte dess gestaltning av övergivenheten i det kollektiva vid krigets frontlinje. Sjukdomens ensamhet återspeglad i filmkonsten. Men det var inte i film utan i musik som M hade funnit sin främsta förankring. Det var genom att skapa musik, digitalt på sin dator, som han tydligast

uttryckte och införlivade den personliga sjukdomsupplevelsen i tillvaron. Ett verbaliserande för sig själv och för sina närstående genom tonsättningen av harmonier och disharmonier.

Ännu idag, efter flera yrkesverksamma år som läkare, är M en av de patienter som tydligast tagit plats i mitt minne. Jag vet inte mycket om de svårigheter M upplevde i sin dubbla tillhörighet som läkare och patient. Om han betraktade läkaridentiteten som en tillgång eller en besvärande omständighet. Vad jag däremot vet är att vi som sörjde för hans vård genast blev medvetna om hans yrkesbakgrund. Det var något vi registrerade och förhöll oss till, något vi införlivade i vår beteendepertoar och i de muntliga rapporterna till varandra. På det sättet är M en påminnelse om att många läkare, kanske alla, i tillvaron som patient möter något delvis annorlunda än den gängse patienten. Uttalade förväntningar och föreställningar som gör sjukvårdens rollfördelning mindre given och öppnar upp för andra förhållningssätt än de etablerade och invanda.

I mina möten med M på onkologen och i de berättelser som utvecklades under våra samtal väcktes en undran. Hur är det egentligen för en läkare att själv bli patient? Hur ser det praktiska handhavandet av den egna sjukdomen ut? Hur påverkar sjukdomen den yrkesmässiga självbilden? Ämnet tedde sig angeläget, förr eller senare skulle ju erfarenheten bli min egen, liksom varje läkares. Dessutom skulle jag som läkare möta fler patienter som också var kollegor.

Och ändå – genom utbildningens elva terminer nämndes inte någon gång läkarpatientens speciella belägenhet. De erfarenheter jag sökte efter fann jag istället på annat håll. Som nedtecknade berättelser i böcker och bloggar, som självbiografiska skildringar och fiktiva gestaltningar, som diktsamlingar och romaner, som TV-serier och filmer. Somliga från vår egen samtid, andra härstammande från det förflutna.

Det var inte i kurslitteraturen utan på folkbiblioteken som jag hittade läkarpatienternas egna ord, samlade under författarnamn som Michail Bulgakov, Clarence Crafoord, Pia Dellson, Paul Kalanithi, Fitzhugh Mullan, Oliver Sacks och Karin Wahlberg. Och det var med dessa författares nedtecknade erfarenheter, deras patografiska vittnesmål, som jag blev sittande. Först som nyfiken läsare, därefter som forskare, i ett sökande efter svar på de frågor som väckts under mitt möte med M på onkologen, mellan läkarutbildningens fjärde och femte termin.

Introduktion

Man kan tycka att det borde vara mer begripligt för en läkare att bli sjuk än för någon som saknar läkarens yrkesmässiga erfarenhet. In i sjukdomen bär läkaren med sig en kunskap om hur sjukdomar uppstår och låter sig behandlas. Läkaren kan redan vid insjuknandet överblicka vårdapparatens komplexa logistik, vet vart man kan vända sig och när man bör agera för att få symtom utredda och diagnoser definierade. Läkaren är skolad in i en biomedicinsk tolkningsvärld och är van vid att betrakta kroppen utifrån ett objektifierande perspektiv. Borde inte läkaren därmed ha goda förutsättningar att distansera sig till ett rationellt, sakligt – och i grund och botten fördelaktigt – förhållningssätt även när den hälsa som sviktar är ens egen?

Samtidigt tecknar vetenskapliga studier en annan verklighet. I den akademiska litteraturen redovisas en tillvaro där läkare möter betydande svårigheter vid egen ohälsa.^{1,2,3} Enkät- och intervjubaserad forskning, bl.a. från forskningsnätverket HOUPE – *Health and Organisation among University hospital Physicians in Europe* – vittnar om att den läkare som blir sjuk upplever sig försatt i en särskilt problematisk situation.^{4,5} Att läkare söker vård senare,⁶ använder narkotikaklassade läkemedel i högre utsträckning⁷ och är mer obenägna till sjukskrivning vid upplevd ohälsa än

¹ Marie Sendén Gustafsson, Løvseth L.T., Schenck-Gustafsson K., Fridner A. (2013), "What makes physicians go to work while sick: A comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE)" *Swiss Med Wkly* vol.143:w13840.

² Lise Tevik Løvseth, Fridner A., Jónsdóttir L.S., Marini M., Linaker O.M. (2013), "Associations between confidentiality requirements, support seeking and burnout among university hospital physicians in Norway, Sweden, Iceland and Italy (the HOUPE study)" *Stress Health* vol.29, s.432-437.

³ Maja Wall, Schenck-Gustafsson K., Minucci D., Gustafsson Sendén M., Løvseth L.T., Fridner A. (2014), "Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden – a cross sectional study" *BMC Psychol* vol.2, s.1-8.

⁴ Editorial (2016), "When the doctor is sick too" *The Lancet* vol.388, s.1.

⁵ Margaret Kay, Mitchell G., Clavarino A., Doust J. (2008), "Doctors as patients. A systematic review of doctors' health access and the barriers they experience" *Br J Gen Pract* vol.58, s.501-508.

⁶ Antony Garelick (2012), "Doctor's health: stigma and the professional discomfort in seeking help" *The Psychiatrist* vol.36, s.81-84.

⁷ Lisa Merlo, Gold M.S. (2008), "Prescription Opioid Abuse and Dependence Among Physicians: Hypotheses and Treatment" *Harv Rev Psychiatry* vol.16, s.181-194.

befolkningen i stort.⁸ Men också att läkare i handläggningen av sina egna symtom oftare gör avsteg från de riktlinjer om strukturerad utredning, bedömning och uppföljning som tagits fram i syfte att främja en kostnadseffektiv och patientsäker vård.⁹

En förklaring är att den läkare som blir sjuk har ett mindre formaliserat förhållningsätt till vården, med kontakter och kanaler in i sjukvårdsapparaten som den gängse patienten saknar. Men det tycks också finnas andra orsaker. Bakomliggande tankemönster och invanda beteenden som ligger till grund för den enskilde läkarens agerande, men som för närvarande är ofullständigt kartlagda. Klart är att fördelarna med att vara läkare när man blir sjuk delvis reduceras av något annat. Något som inte bara, eller kanske inte ens i första hand, har med oro för sjukdomens hälsomässiga konsekvenser att göra, utan som också tycks böttna i en upplevd konflikt mellan rollen som läkare och rollen som patient.¹⁰ Det är en föreställning som framträder allt tydligare mot en kulturhistorisk bakgrund i förändring.

Bakgrund

Redan i *corpus hippocraticum*, dvs. de hippokratiska skrifter som härrör från fjärde århundradet före vår tideräkning, står skrivet att en läkare i sin fysiska uppenbarelse ska utmärka sig från patienten genom ”ett friskt utseende och ett godt hull.”¹¹ En förväntan om att läkaren i det medicinska mötet ska utstråla hälsa i kontrast till patientens sjuklighet. Uppmaningen till läkaren att förkroppsliga det friska och sunda för att kunna verka med trovärdighet i sin yrkesroll, är ett återkommande tema genom historien. Det gäller i 1800- och det tidiga 1900-talets läkarhandböcker,¹² såväl som i flera av litteraturhistoriens klassiker. När det i Thomas Manns *Bergtagen* (1924) står klart att Dr. Hofrat Behrens, läkare vid det sanatorium där handlingen utspelar sig, själv lider av tuberkulos så beskrivs det som en ”paradox” och en ”problematisksk företeelse”:

⁸ Elin Rosvold, Bjertness E. (2001), ”Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes?” *Scand J Public Health* vol.29, s.71-75.

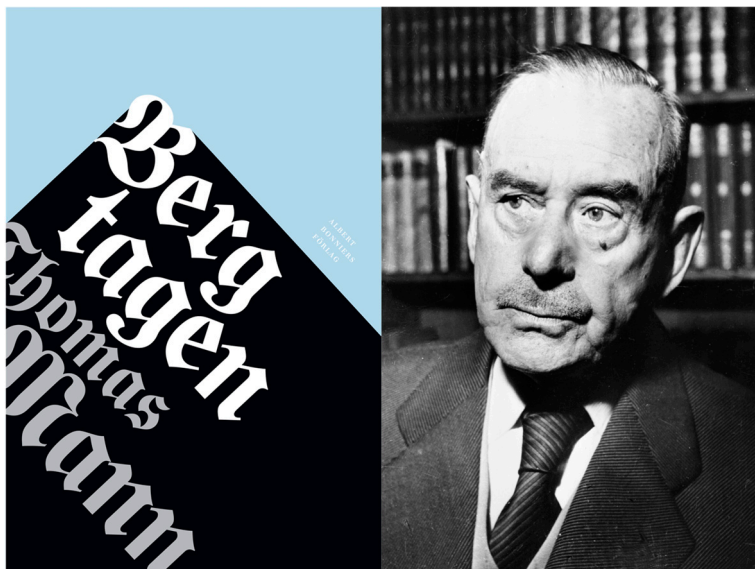
⁹ Edward Krall (2008), ”Doctors who doctor self, Family and Colleagues” *WMJ* vol.107, s.279-284.

¹⁰ Todd Fraser (2014), ”The Impaired Physician” *First Do No Self Harm: Understanding and Promoting Physician Stress Resilience*, red. Charles Figley, Peter Huggard. & Charlotte Rees, Oxford: Oxford University Press, s.160-170.

¹¹ Hippokrates (1910), ”Om läkaren” *De Hippokratiska skrifterna i svensk öfversättning. Senare delen*, Lund: Gleerup, s.610.

¹² Så skriver t.ex. idé- och lärdomsforskaren Karin Johannisson att 1800-talsläkaren förväntades förkroppsliga det friska för att ”med sig själv som exempel demonstrera sitt vetande om sjukdom och hälsa.” Karin Johannisson (2004), *Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar*, Stockholm: Norstedts, s.82-83.

Han ser inte sjukdomen i vitögat som klar motståndare, han är jävig, är inte entydig som motpart; och med all nödvändig reservation måste man fråga sig om en som hör hemma bland de sjuka egentligen kan ha intresse av att bota eller ens hålla liv i andra på samma sätt som en frisk man.¹³



Skönlitterär skildring av en sjuk läkare

I *Bergtagen* (1924) av författaren Thomas Mann (1875-1955) beskrivs sanatorieläkaren Dr. Hofrat Behrens som en "paradox". Orsaken är att Dr Behrens själv lider av tuberkulos. Till vänster omslaget till den svenska utgåvan på Albert Bonniers förlag från 2011. Till höger Thomas Mann. Bildkälla: Bonnierförlagens Arkiv/Centrum för Näringslivshistoria, formgivare Nina Ulmaja.

I vårt västerländska kulturarv är således idén om den sjukdomsdrabbade läkaren som en avvikelse från det normala – en anomali – högst närvarande. En tanke om orimlighet och asymmetri i den position som den sjuke läkaren intar. Citaten från det förflutna belyser förekomsten av kulturella normsystem med förmodad bäring också in i vår egen samtid. Normer som mer eller mindre medvetet, mer eller mindre uttalat reglerar den sociala interaktion som äger rum i sjukvården. Föreställningsvärldar som uppmuntrar vissa beteenden och avvisar andra, som klassificerar vissa som korrekta och andra som inkorrekta. Tillåtna och otillåtna, invanda och ovana. Ett normsystem med tillhörande beteendepertoar för läkaren och ett för patienten, i den dramaturgi som mer eller mindre obemärkt reglerar sjukvårdens händelseförlopp.

I den medicinska forskarvärlden är kvantitativa studier legio. Stickprov från så strikt kontrollerade miljöer som möjligt genererar mätbara data som sedan analyseras med hjälp av statistiska metoder på jakt efter korrelationer och möjliga kausaliteter. Mot en

¹³ Thomas Mann (2011), *Bergtagen*, Stockholm: Albert Bonniers förlag, s.173.

sådan bakgrund är det viktigt att betona att denna avhandling visserligen skrivs vid medicinsk fakultet och har den medicinska verkligheten och dess praktiker i blickfånget, men ändå inte använder sig av medicinarvärldens traditionellt givna metodologi. Här är istället en texttolkande – *hermeneutisk* – ansats vägledande. Föresatsen är att använda läkarnas egna sjukdomsberättelser – deras narrativ – i syfte att nå ökad förståelse för den sjukdomsdrabbade läkarens upplevelse. Det handlar om att i en analytisk närläsning av personliga vittnesmål skrivna av läkarna själva, återskapa ett detaljerat, nyanserat och fördjupat meningsinnehåll av vad det innebär att som läkare bli patient. Förhoppningen, liksom den föresats som väglett arbetet, är att en sådan texttolkande metod ska kunna komplettera den bild som framträder i de enkät-, intervju- och registerbaserade studier som finns inom ämnesområdet.

Med hermeneutiska tolkningsverktyg hämtade företrädesvis från litteraturvetenskapen, vill avhandlingsarbetet ringa in och förstå tankemönster och föreställningsvärldar snarare än att förklara orsakssamband. Ledord är *beskriva*, *problematisera* och *uttolka* snarare än kvantifiera, falsifiera och leda i bevis. Att lokalisera, strukturera och analysera biografiska vittnesmål om sjukdom inom läkarkåren. Utifrån en sådan målsättning får studien sin huvudsakliga akademiska tillhörighet inom det fält som internationellt betecknas *Medical Humanities* och som i det följande kommer att benämnas medicinsk humaniora. Det är ett fält som innebär att humanistiska perspektiv används

för att studera den medicinska vetenskapen och praktiken och människan i rollen som denna verksamhets objekt, men också det samhälle och den kultur som präglas av medicinen.¹⁴

Att en narratologisk studie om 'läkaren som patient' tar form just nu är ingen tillfällighet. Berättelsen som meningsbärande material fyller idag en viktig funktion i flera vetenskapsgrenar, en av dem är medicinsk humaniora. Litteraturvetaren Katarina Bernhardsson ser detta ökade intresse för berättelsen och berättandet som del av en "narrative turn", en narrativ vändning, som de senaste decennierna inträffat i många human- och samhällsvetenskapliga discipliner."¹⁵

Den hermeneutiska grundsynen inbegriper i den här studien också en metodologisk princip som är särskilt karaktäriserande, nämligen jämförelsen som metod. Forskningsprojektet har formulerats utifrån en föreställning om att det jämförande – komparativa – perspektivet har något viktigt att bidra med i förståelsen av hur läkare hanterar egen sjukdom. Genom att ställa litterära vittnesmål av sjuka läkare från olika tidpunkter mot varandra – genom att lokalisera likheter och skillnader över tid – kan

¹⁴ Katarina Bernhardsson (2014), "Medicinsk humaniora" *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv*, red. Ola Sigurdsson, Strängnäs: Göteborgs universitet, s.92.

¹⁵ Katarina Bernhardsson (2010), *Litterära besvär. Skildringar av sjukdom i samtida svensk prosa*, Lund: Ellerströms, s.57.

slutsatser dras och lärdomar göras. I en sådan historisk belysning framträder både skillnader och likheter i hur läkare från olika tidsepoker förhåller sig till egen sjukdom. Därmed kan vi kanske bättre förstå vilka beteendemönster och tankesystem – om några – som är fast förankrade i läkarpatientens upplevelsemässiga kärna, och vilka som istället kan relateras till en förändrad syn på interaktionen mellan läkare och patient.

Varje studie som har det historiska perspektivet som utgångspunkt kräver en tidsmässig avgränsning. I den här avhandlingen har jag låtit de vittnesmål som utforskas spänna från 1900-talets början och fram till nutid. Den valda tidperiodens startpunkt låter sig motiveras av att det var ungefär då, eller strax dessförinnan, som medicinen började anta den vetenskapliga profil som sedan dess varit en del av dess signum. Inom loppet av några decennier runt sekelskiftet 1900 gjordes flera av de upptäckter som blev början på medicinens utveckling till en kraftfull vetenskap.¹⁶ Hit hör röntgen, antiseptik och anestesi, liksom bakteriologin och den statistiska metoden. Genom att skolmedicinen med dessa nyvunna verktyg distanserade sig från det så kallade kvacksalveriet och blev allt bättre på sin uppgift att bota och lindra, kom också läkarkårens professionsuppfattning att förändras. Respekten för läkaren som yrkesperson tilltog samtidigt som självbilden inom kåren alltmer blev den objektifierande vetenskapsmannens. Därmed började också läkaren som en någorlunda samstämd och profilerad rollfigur att framträda. Men att studien sätter sekelskiftet 1800/1900-tal som bakre gräns kan också motiveras av att det är ungefär då ett akademiskt intresse för läkaren som patient växer fram. Då börjar läkare formulera skriftliga vittnesmål som tar avstamp i den egna sjukdomen med syfte att gestalta en sammanhängande, personlig erfarenhet.

I andra änden av tidsintervallet sträcker sig avhandlingen hela vägen in i vår egen samtid. Det är ett beslut som lutar sig mot förhoppningen att studien ska kunna tillföra erfarenheter av verklig nytta för kliniskt bruk. Genom att jämföra nutida vittnesmål med sådana skrivna under olika decennier av 1900-talet blir det tydligt att problematiken förändrats över tid. Den läkare som idag blir sjuk står inför en annan upplevelse och andra utmaningar än den läkare som för några decennier sedan drabbades av samma åkomma. Orsaken är inte bara att medicinen som vetenskap förändrats med nya, förfinade metoder för diagnostik och behandling, utan också att interaktionen mellan läkare och patient har förändrats.

Forskningsprojektets arbetshypotes har varit att den rollfördelning som vanligtvis obemärkt vägleder läkare och patient genom det medicinska mötet, får en omvänd och komplicerande verkan när patienten själv är en utbildad och yrkesaktiv läkare. Som en konsekvens av en medicinsk dramaturgi som är personligt invand och kulturhistoriskt nedlagd, men svårligen låter sig tas i bruk när läkaren själv blir sjuk, uppstår en osäkerhet över vårdförloppetets givna händelseutveckling. Som vi ska se är det en

¹⁶ Nils Uddenberg (2015), *Lidande och Läkedom. Del I*, Stockholm: Fri tanke förlag, s.37f.

osäkerhet som inte bara omfattar den behandlade utan också den behandlande läkaren. När den medicinska dramaturgin förlorar sin traditionellt givna rollbesättning fordras ett uttalat och aktivt arbete för att återupprätta ett fungerande möte.

Ett illustrativt exempel på hur den litterära skildringen med nyanserande kraft förmår fånga den identitetsmässiga komplexitet som många sjukdomsdrabbade läkare upplever, finns beskrivet i pediatrikern Fitzhugh Mullans bok *Vital signs. A young doctor's struggle with cancer* (1983). Mullans självbiografi om egenupplevd sjukdom är ett av de verk som inte utforskas närmare i avhandlingens fem delstudier. Den passage där han skriver om den första tiden efter upptäckten av en stor cancertumör i sin högra lunga, förtjänar därför att här lyftas fram:

During the next three or four days I lived in a kind of limbo between doctor and patient. I discussed my options with several private consultants and a number of military physicians. At each visit I presented my case history and my X-rays simply and dispassionately. In fact, I discovered, to my surprise, that I liked presenting my case. It felt appropriate and safe when I discussed my chest growth from a clinical point of view. [...] As long as I could play doctor to my disease, I learned, I could at least partially protect myself from the anxiety and feelings of helplessness that accompanied my new status.¹⁷

Det är just i det känslomässiga limbo Mullan beskriver som studien tar sin teoretiska utgångspunkt. Närmare bestämt i spänningen mellan läkarens och patientens givna och vanligtvis ändamålsenliga positioneringar. Mellan den medicinska händelsen och den personliga erfarenheten, mellan det yrkesmässigt observerade och det känslomässigt upplevda, mellan det som på engelska betecknas *disease* och det som istället rymts i begreppet *illness*.

Sitt berättigande har forskningsprojektet i de enkät- och intervjustudier som på senare decennier visat att sjuka läkare står inför särskilda och ofullständigt kartlagda utmaningar. Men det har också sin relevans i det faktum att ohälsa inom läkarkåren är ett växande problem med en stigande prevalens av särskilt psykiskt illabefinnande. Att läkares sjukdomspanorama och vårdsockarbeteende är ett angeläget område vittnar också den stora uppmärksamhet ämnet fått under senare år. I vårt geografiska närområde har läkarkårens hälsa och vårdsockarbeteende under 2000-talet utforskats både genom

¹⁷ Fitzhugh Mullan (1983), *Vital Signs. A Young Doctor's Struggle with Cancer*, New York: Farrar Straus Giroux, s.9.

avhandlingsarbeten och inom forskarnätverk.^{18,19,20} Den psykiatriska facktidskriften *The Nordic Psychiatrist* hade nyligen ”The sick doctor” som temanummer²¹ och den ökade stressrelaterade ohälsan bland allmänspecialister var våren 2019 också ämne för ett nummer av svenska distriktsläkarföreningens tidning *Distriktsläkaren*.²² Under 2016 behandlade brittiska *The Lancet* frågan om utbrändhet inom läkarkåren i en uppmärksamman metaanalys,²³ och så sent som i maj i år släppte samma tidskrift förhandsdata från en kommande översiktsartikel om självmord bland läkare.²⁴ Också på andra sidan Atlanten utforskas problemområdet flitigt, bl.a. av *Journal of American Medical Association (JAMA)* där den psykiska ohälsan inom läkarkåren berördes i ett flertal artiklar under 2018.^{25,26} I februari 2016 belystes också ’läkaren som patient’ i en serie artiklar i *Läkartidningen*^{27,28,29,30}

¹⁸ Saara Töyry (2005), *Burnout and Self-Reported Health among Finnish Physicians*, Kuopio: Kuopion yliopisto 2005.

¹⁹ Elin Rosvold (2002), *Physicians in illness and health. An epidemiological study on health- and illness behaviour among 19th and 20th century Norwegian physicians*, Oslo: University of Oslo 2002.

²⁰ Till exempel HOUPE (Health and Organisation among University hospital Physicians in Europe) som är ett forskningssamarbete mellan universitetssjukhus i Stockholm, Reykjavik, Trondheim, Budapest och Padua. www.houpe.no (2019-09-13).

²¹ Hans-Peter Mofors, red. (2019) *The Nordic Psychiatrist* nr 1, www.online.fliphtml5.com/tkwd/fpvb/ (2019-09-13).

²² Ylva Sandström red. (2019), *Distriktsläkaren* nr.1, www.slf.se/dlf/tidning/ (2019-09-13).

²³ Colin P. West, Dyrbye L.N., Erwin P.J., Shanafelt T.D. (2016), “Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis” *The Lancet* vol.388, s.2272-2281.

²⁴ Frédéric Duthel et.al. (2019), “Suicide among Physicians and Health-Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis” *The Lancet* Preprint.

²⁵ Lisa S. Rotenstein et.al. (2018), “Prevalence of Burnout among Physicians: A Systematic Review” *JAMA* vol.320, s.1131–1150.

²⁶ Maria Panagioti et.al. (2018), “Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis” *JAMA Intern Med* vol.178, s.1317-1331.

²⁷ Fredrik Hedlund (2016), ”Läkare yrke med hög trovärdighet – men låg autonomi” *Läkartidningen* vol.113, s.510-512.

²⁸ Michael Lövrup (2016), ”WMA: Verka för läkares hälsa!” *Läkartidningen* vol.113:DUY7.

²⁹ Marie Ström, Bergkvist K. (2016), ”Man förstår hur det är att vara i underläge” *Läkartidningen* vol.113:DXDC.

³⁰ Michael Lövrup (2016), ”Den psykiska ohälsan ökar bland läkare” *Läkartidningen* vol.113, s.11-13.



Sjukdom bland läkare - ett uppmärksammat problemområde

På senare tid har hälsoläget bland läkare i Sverige och internationellt uppmärksamats flitigt. Två exempel under 2019 är tidskrifterna *The Nordic Psychiatrist* nr 1 2019 och *Distriktsläkaren* nr 1 2019. Omslagsfoto till *The Nordic Psychiatrist* av Juha Markkula.

Listan som belyser ämnets aktualitet i dagspress och forskningskontext kan således göras lång. Samtidigt upplever få yrkesgrupper en lika hög känsla av meningsfullhet inför sitt arbete som just läkare och många fortsätter att arbeta också efter uppnådd pensionsålder.^{31,32} Bilden är således mångfacetterad och en ökad förståelse för hur de olika facetterna förhåller sig till varandra är önskvärd. När läkarkårens ohälsotal och vårdsökarbeteende nu på senare tid börjat uppmärksammas, kartläggas och problematiseras djupare i en samtida kontext behövs också det historiska och narratologiska perspektivet som en kunskapsmässig grund att stå på.

I förlängningen berör studien ett forskningsområde med potential att mynna ut i konkreta åtgärder av hälsofrämjande karaktär. Målsättningen är att återspeglingsarna från det förflutna ska ge oss möjlighet att betrakta de utmaningar som präglar också vår egen samtid vad gäller ohälsa och vårdsökarbeteende inom läkarkåren. Genom en ökad förståelse för hur läkare agerar när de själva blir sjuka är förhoppningen att studien ska bidra både till en ökad *vaksamhet* inför mekanismerna i mötet mellan vården och den sjuke läkaren och till en ökad *varsamhet* om en yrkeskår som i nuläget befinner sig under

³¹ Sara Gunnarsdotter, Ohlin E. (2006), "De flesta läkare nöjda med sitt yrkesval" *Läkartidningen* vol.103, s.12.

³² Miki Agerberg (2013), "Fler läkare arbetar längre" *Läkartidningen* vol.110, s.1852-1853.

hälsomässig press. Snarare än traditionell medicinhistoria handlar avhandlingsarbetet i den bemärkelsen också om samtidshistoria, eller rentav *framtidshistoria*.

Syften

Mot den här beskrivna bakgrunden kan avhandlingsarbetets syften formuleras på följande sätt.

1. Att genom ett antal exempel belysa hur enskilda läkare från 1900-talets början och fram till idag i beskrivande text har gestaltat erfarenheten av egen sjukdom och upplevelsen av att själv(a) bli patient(er). **Delarbete 1-5.**
2. Att lokalisera likheter och skillnader över tid i de nedtecknade vittnesmålen av sjuka läkare och att diskutera vad dessa likheter och skillnader kan bero på. **Delarbete 1,4,5.**
3. Att placera den självbiografiskt gestaltade erfarenheten av sjukdom bland läkare i en vidgad sociokulturell och historisk kontext i syfte att öka förståelsen för den problematik som den sjukdomsdrabbade läkaren möter. **Delarbete 1-5.**
4. Att utifrån de analyserade vittnesmålen föreslå strategier som kan underlätta för den läkare som blir sjuk att nå en ändamålsenlig rollposition i det medicinska mötet. **Delarbete 1,4,5.**

Fem delstudier

Avhandlingen består av fem delstudier. Tre av dessa spänner över ett tänkt spektrum från psykisk ohälsa, via missbruksproblematik, till somatisk ohälsa. Beslutet att låta studien följa en medicinsk klassificering med diagnosfält som avgränsande enhet kan motiveras på flera sätt. Dels framläggs avhandlingen vid medicinsk fakultet och vänder sig i första hand till en medicinskt skolad läsekrets. Den tilltänkte läsaren bär därmed med sig på förhand givna insikter om de symtomkonstellationer och behandlingsalternativ som skilda diagnoser innebär. Men dessutom föreligger också uppenbara skillnader mellan olika diagnosfält för den läkare som blir sjuk. Morfinmissbruk och ansträngningsutlösta bröstsmärtor är två mycket olikartade tillstånd. Att varva vittnesmål från skilda diagnoskategorier inom samma delstudie skulle både ha minskat den analytiska stringensen och gjort det svårt att upprätthålla och dra nytta av ett historiskt jämförande perspektiv. Två av artiklarna närmar sig

emellertid från en annan utgångspunkt än den diagnosklassificerade. Det gäller delarbete tre om invärtesmedicinaren Israel Holmgrens sjukdomserfarenheter och delarbete två där texter av neurologen Oliver Sacks och författaren Franz Kafka uttolkas.

Ett annat spektrum gäller de analyserade texternas litterära- eller dokumentära karaktär, där merparten av texterna är dokumentära i betydelsen biografiskt förankrade, medan andra är mer litterärt förankrade, i betydelsen att de gestaltar ett fiktivt eller semi-fiktivt skeende.



Ett genremässigt spektrum

De analyserade texterna i avhandlingens fem delstudier spänner över ett spektrum från det litterärt förankrade i Franz Kafkas *En läkare på landet* (1919), via Michail Bulgakovs semifiktiva *Morfin* (1927), till biografiska – dokumentära – skildringar som bl.a. Oliver Sacks självbiografi *A leg to stand on* (1984) och Pia Dellsons *Väggen. En utbränd psykiaters noteringar* (2015).

Här följer en kort beskrivning av avhandlingens fem delstudier:

Delarbete 1 behandlar läkares erfarenheter av morfinmissbruk. Beslutet att ägna en delstudie åt denna sjukdomskategori motiveras av det faktum att läkarprofessionen historiskt sett varit särskilt drabbad av just morfinism, men också av att missbrukets psykologiska mekanismer kan sägas vara särskilt svårförenliga med ett allmänt hållet läkarideal. I delarbete ett analyseras tre patografiska vittnesmål från olika epoker av 1900-talet, med särskild tonvikt på den rysk-ukrainske läkaren och författaren Michail Bulgakovs (1891-1940) semi-fiktiva novell *Morfin* (1927).³³ Metodologiskt är delarbete 1 en tematiskt texttolkande studie vars teoretiska utgångspunkt är sociologen Talcott Parsons (1902-1979) resonemang om läkar-patientförhållandets kännetecken.

Jonatan Wistrand (2017), “*When doctors are patients: a narrative study of help-seeking behavior among addicted physicians*” *Medical Humanities* vol. 43, s. 19-23.

Delarbete 2 utgår från två av den västerländska litteraturens klassiker för att bearbeta och blottlägga den sjukdomsdrabbade läkares upplevda dilemma. De texter som valts är den patografiska skildringen *A leg to stand on* (1984) av läkaren och författaren Oliver Sacks (1933-2015),³⁴ och novellen *En läkare på landet* (1919) av författaren Franz

³³ Michail Bulgakov (2018), “Morfin” *Morfin & andra noveller*, Stockholm: Modernista, s.115-152.

³⁴ Oliver Sacks (1984), *A leg to stand on*, New York: Harper & Row Publishers.

Kafka (1883-1924).³⁵ Genom att utgå från två klassiska berättelser ges möjlighet att i tolkningsarbetet också inhämta sekundärlitteratur om dessa verk. Tematiskt vill delarbete två visa på spännvidden i det material som stått till förfogande, från Sacks renodlat självbiografiska text till Kafkas utpräglat fiktiva, och hur dessa olika typer av material kan belysa olika och delvis kompletterande aspekter av problematiken. Kafkas *En läkare på landet* äger en principiell giltighet genom att tydliggöra delar av den kulturhistoriska symbolvärld som omger läkaren som patient. Delarbetet uppmärksammar också vårdverklighetens dikotomisering mellan *disease* och *illness*, dvs. mellan den medicinska händelsen och den personliga erfarenheten. En dikotomisering som för flertalet läkare är en självklar del av yrkets vardag, men som för den sjuke läkaren också blir en utmaning att särskilt förhålla sig till.

Jonatan Wistrand (2018), "Doctors as Patients: An Interpretative Study of Two Literary Narratives" Ars Medica vol.13, s.5-22.

Delarbete 3 kartlägger den svenske invärtesmedicinaren och professorn Israel Holmgrens (1871-1961) erfarenhet av återkommande sjukdom och konvalescens under 1900-talets första hälft. Metodologiskt skiljer sig studien från avhandlingens övriga delarbeten i två hänseenden. Dels är det här en enskild individs erfarenheter som lyfts fram snarare än flera olika. Dels utgår studien inte bara från redan publicerade texter utan också från tidigare obearbetat primärmaterial i form av brev och journalanteckningar som påträffats i arkiv. Beslutet att ägna en delstudie åt Israel Holmgren motiveras av att han var en av de första svenska läkare som utförligt skrev om den egna erfarenheten av sjukdom. Genom Israel Holmgrens vittnesmål kan vi därmed få historisk inblick i den problematik som omgärdat 'läkaren som patient' långt innan detta blev ett ämne som diskuterades i den svenska offentligheten.

Jonatan Wistrand, Peter M. Nilsson (2018), "Israel Holmgren som patient. Nya perspektiv på en nestor inom svensk invärtesmedicin" Svensk Medicinhistorisk Tidskrift vol.22, s.135-159.

Delarbete 4 behandlar stressrelaterad psykisk ohälsa bland läkare, en företeelse som pga. snabbt stigande ohälsotal under senare år kommit att uppmärksammas både i Sverige och internationellt. Studien utgår från två texter, dels reportageklassikern *A fortunate man. The story of a country doctor* (1967) av författaren John Berger (1926-2017) och fotografen Jean Mohr (1925-2018).³⁶ Dels den i lyrisk form framställda, självbiografien *Väggen. En utbränd psykiaters noteringar* (2015) av läkaren Pia Dellson (1968-).³⁷

³⁵ Franz Kafka (2000), "En läkare på landet" *En svältkonstnär och andra texter utgivna under författarens levnad*, Lund: Bakhåll, s.167-172.

³⁶ John Berger, Mohr J. (2016), *A fortunate man – the story of a country doctor*, Edinburgh: Canongate Books Ltd.

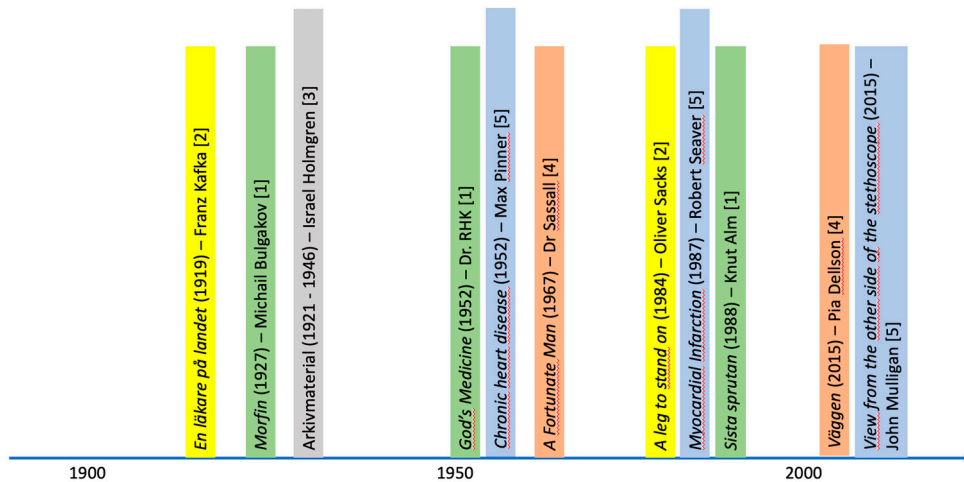
³⁷ Pia Dellson (2015), *Väggen. En utbränd psykiaters noteringar*, Stockholm: Natur & Kultur.

Genom att jämföra skildringar av psykisk ohälsa från två olika tidsepoker, inom två olika genrer, visar studien hur erfarenheten av stressrelaterad ohälsa förändrats över tid. I studien förs också ett resonemang kring patient- respektive personcentrerad vård och hur olika medicinsk-sociologiska kontexter kan tänkas påverka läkarens möjlighet att hantera egen psykisk ohälsa.

Jonatan Wistrand (2019), "Distressed doctors: A narrative and historical study of work-related mental discomfort among practicing physicians" Medical Humanities, Publicerad online 29 juli 2019, www.mh.bmj.com/content/early/2019/07/28/medhum-2018-011525.

Delarbete 5 är en historiskt jämförande tolkning av tre patografiska texter skrivna av läkare med livshotande hjärtsjukdom. Ur medicinhistorisk synvinkel är hjärtsjukdom intressant då det under tidigt 1900-tal fanns en föreställning om att läkare var särskilt benägna att drabbas av kärlekskramp. Genom att texterna behandlar vittnesmål från tre olika tidsepoker (1930-, 1980-, och 2000-tal) blir det också tydligt att den sjukdomsdrabbade läkarens upplevda dilemma inte varit fast och fixerat över tid, utan tvärtom genomgått stora förändringar. I teoretiskt avseende utgår studien från resonemang om professionsuppfattning och rollgestaltning av sociologen Erving Goffman (1922-1982).

Jonatan Wistrand, "Ailing hearts, troubled minds - An historical and narratological study on illness narratives by physicians with cardiac disease", Insänt manuskript.



Tidslinje över de analyserade texterna

De sjukdomsskildringar som analyseras i avhandlingens fem delstudier arrangerade tidmässigt från 1919-2015. Inom parentes anges årtalet för publikation, vilket i många fall avviker något eller några år från tidpunkten då sjukdomsskildringen nedtecknats. Inom hakparentes anges det delarbete i avhandlingen där skildringen finns analyserad, åskådliggjort även genom staplarnas olika färger.

Etiska överväganden

Forskningsprojektet har genomförts utan någon formell etikprövning. Beslutet att inte söka etiktillstånd motiveras av att någon särskild risk inte anses föreligga för de studerade individernas ”hälsa, säkerhet, och personliga integritet” som lagtexten lyder.³⁸ Merparten av de skriftliga vittnesmål som formar studiens primärmaterial är sedan tidigare publicerade, i bokform eller som blogginlägg, och har därmed en gång godkänts för spridning bland allmänheten av dess upphovsmän. Även om författarna kanske inte kunnat förutspå att deras erfarenhetsskildringar skulle bli föremål för ett avhandlingsarbete vid medicinsk fakultet kan detta knappast i sig motivera ett behov av etikansökan. Lite annorlunda förhåller det sig med delarbete tre där tidigare opublicerade brev och patientjournaler från Israel Holmgrens vårdvistelser vid Serafimerlasarettet redovisas i tryck. Vad beträffar patientjournalerna sträcker sig emellertid den juridiska sekretessen fram till sjuttio år efter journalernas sammanställande, vilket i skrivande stund har passerats. Här har också hänsyn tagits till att Israel Holmgren sent i livet själv lät publicera långa partier ur sina egna

³⁸ Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, 9§, www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460 (2019-05-17).

dagboksanteckningar, inklusive sådana vari en betydande utsatthet i sjukdomen beskrevs.

I sammanhanget bör också påpekas att det inte heller vid humanistisk fakultet är brukligt med ett externt etikprövningsförfarande vid den typ av texttolkande studie som det här är frågan om.

Disposition

Avhandlingens ramberättelse – dess *kappa* – är disponerad på följande sätt. Efter denna introduktion följer en redogörelse för det rådande kunskapsläget om läkares sjukdomspanorama och vårdsökarbeteende. Underlaget består här av enkät-, intervju- och registerstudier, ordnade utifrån de tre diagnoskategorier som uppmärksammas i avhandlingens olika delstudier, dvs. missbruk, psykisk och somatisk ohälsa.

I nästa del av kappan beskrivs ämnesområdet medicinsk humaniora med syfte att placera in forskningsprojektet i dess tematiska sammanhang. Här berörs också narrativ medicin, som kan betraktas som det akademiska fältet inom medicinsk humaniora där studien har sin textvetenskapliga hemvist.

Därefter följer en redogörelse för de möjliga materialtyper och metodologiska ingångar som stått till förfogande i kartläggningen av sjukdom och vårdsökarbeteende bland läkare. Här beskrivs också den texttolkande – hermeneutiska – metoden liksom de vetenskapsteoretiska överväganden som varit vägledande vid valet av denna metod.

Efter detta presenteras de olika typer av texter som formar avhandlingens primärmaterial och här förs också ett resonemang kring innebörden av att vittnesmålskildringar av kvinnliga författare är underrepresenterade i de källor som stått till förfogande. Sedan följer två avsnitt som beskriver de båda kontexter – den dramaturgiska och den historiska – som varit särskilt vägledande för tolkningsarbetet. Kappan avslutas med en diskussion kring hur studiens resultat kan tas i bruk, vilka begränsningar man som läsare bör hålla i åtanke, samt ett par förslag på ingångar till fortsatt forskning inom ämnesområdet 'läkaren som patient'.



Ombytta roller när patienten blir läkare

Den satiriska 1700-talsgravvyn *The patient turn'd doctor. Or the physician forced to take his own stuff* (1794).

Rollbytet mellan läkare och patient skildras här i form av ett patientuppror mot den medicinska maktordningen. Källa: Wellcome collections. 'Open access' enligt Creative commons, www.catalogue.wellcomelibrary.org/record=b1159010 (2019-09-13).

Hälsotillstånd och vårdsökande bland läkare – ett samtidsperspektiv

Vad som här följer är en översikt av det befintliga kunskapsläget om 'läkaren som patient', så som det skildras i den vetenskapliga litteraturen. De studier som redovisas belyser problemområdet utifrån två huvudsakliga frågeställningar:

1. Hur ser sjukdomspanoramat ut bland läkare, dvs. vilken form av ohälsa drabbar läkarkåren och i vilken utsträckning jämfört med befolkningen i stort?
2. Hur ser vårdsökarbeteendet ut bland läkare, dvs. hur agerar läkare i sjukrollen när de själva blir patienter?

Sedan början av 1990-talet har antalet artiklar som uppmärksammar någon av dessa två frågor ökat stadigt. I första hand handlar det om studier som utgår från ett enkät- eller intervjumaterial, i vissa fall även registerdata. Genom att här redogöra för vad dessa studier visat blir det tydligare vad en texttolkande ansats av det slag det här arbetet utgör kan bidra med för att fördjupa kunskapsläget.

Läkarkårens vårdsökarbeteende

Läkares sätt att närma sig sjukvården vid egen ohälsa skiljer sig ofta från hur *den gängse* patienten söker vård. För sjuka läkare öppnar sig ett flertal informella vägar in i vården vid sidan av de etablerade kanalerna. Det kan handla om egenförskrivning av mediciner, korridorconsultationer med kollegor eller egenremisser för olika undersökningar. Flera studier har visat att läkare förhållandevis sällan bokar tid vid en vårdinrättning.^{39,40} Studier har också visat att läkare mer sällan än andra yrkesgrupper har en listad doktor i primärvården eller att de, i länder med obligatorisk listning, inte sällan väljer att lista sig hos någon som samtidigt också är en personligt bekant.⁴¹

³⁹ Rosvold (2002), "Physicians in illness and health" s.22.

⁴⁰ Kay (2008), "Doctors as patients" s.503.

⁴¹ Ibid.

I en kartläggning av *Läkartidningen* från 2005 uppgav sjuttio procent av de tillfrågade läkarna att de under året hade förskrivit läkemedel åt sig själva.⁴² I en översiktsartikel om egenförskrivning av läkemedel från 2011 låg medeltalet på 61 procent med en spridning upp till 99 procent beroende på hur frågan var ställd och vilka mediciner som avsågs.⁴³ I många fall tycks läkares självmedicinering i första hand gälla kortare kurer mot mindre allvarliga tillstånd. Så var t.ex. i en finsk studie magproblem och astma de två vanligaste sjukdomskategorierna vid egenförskrivning bland läkare.⁴⁴ Men självmedicinering förekommer även vid psykisk ohälsa och kartläggningar har visat att läkare konsumerar större mängder ångestdämpande medicin och sömntabletter än befolkningen i stort.^{45,46} Att egenförskrivning kan medföra risker belyser en norsk enkätstudie från 2002. Här uppgav tretton procent av deltagarna att de någon gång ångrat sitt beslut att inte från början konsultera en annan läkare. Av dessa tretton procent (127 individer) bekräftade en dryg tredjedel att egenterapin resulterat i fördröjd och/eller försämrad diagnostik av bl.a. tarmvred, magsår, kärlkramp och depression.⁴⁷

Läkares sjukskrivningsmönster skiljer sig från genomsnittet, med relativt sett fler längre sjukskrivningar och färre kortare.^{48,49} Flera studier antyder en benägenhet bland läkare att gå till jobbet med symtom som de skulle ha sjukskrivit sina patienter för.^{50,51,52} Det har därför spekulerats i om den låga andelen korta sjukskrivningar, snarare än att återspegla en god hälsosituation bland läkare, visar på en diskrepans mellan läkarnas professionella och privata inställning till sjukdom. En sådan obenägenhet att för egen

⁴² Sara Gunnarsdotter, Ohlin E. (2006), "Vanligt självbehandla psykisk ohälsa" *Läkartidningen* vol.103, s.14-15.

⁴³ A.J., Montgomery, Bradley C., Rochfort A., Panagopoulou E. (2011) "A review of self-medication in physicians and medical students" *Occup Med* vol.61, s.490-497.

⁴⁴ Saara Töyry et.al., (2004) "Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986 to 1997" *Br J Gen Pract* vol.54, s.44-46.

⁴⁵ Krall (2008), "Doctors who doctor self, Family and Colleagues" s.281.

⁴⁶ Elin Rosvold, Vaglum P., Moum T. (1998), "Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians. A nation-wide comparative study" *Soc Sci Med* vol.46, s.581-90.

⁴⁷ Elin Rosvold, Bjertness E. (2002), "Illness behavior among Norwegian Physicians" *Scand J Public Health* vol.30, s.126.

⁴⁸ Ruth Chambers, Belcher J. (1993), "Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers" *Br J Gen Pract* vol.43, s.378-382.

⁴⁹ Socialförsäkringsrapport 2014:4, "Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år" s.36.

⁵⁰ Rosvold (2001), "Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes."

⁵¹ Christopher McKevitt, Morgan M., Dundas R., Holland W.W. (1997), "Sickness, absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups" *J Public Health Med* vol.19, s.295-300.

⁵² Sendén Gustafsson, "What makes physicians go to work while sick."

del använda sjukskrivning som ett rehabiliterande verktyg har betraktats som ett beteende som riskerar att äventyra både patientsäkerhet och läkarens långsiktiga hälsa.⁵³

Läkare anger som regel olika motiv till ett vårdsökande längs andra vägar än de som gäller för den gängse patienten. Det kan handla om en upplevd ändamålsenlighet, där den egna yrkesexpertisen och rätten till egenförskrivning gör att man på ett snabbt och smidigt sätt upplever att man löser en medicinsk situation. Men det finns också andra mer psykologiskt sammansatta skäl. En brittisk översiktsartikel från 2008 listar ett antal av de förhöjda trösklar in i sjukvården som läkare beskriver i enkät- och intervjustudier. Här nämns bl.a. en känsla av bristande sekretesskydd när man befinner sig inom sjukvården som patient, liksom en ovana vid hur man förväntas agera i patientrollen. Här nämns också en ovilja bland läkare att besvara sina kollegor med något som man kanske förväntas hantera själv, liksom en känsla av pinsamhet – *embarrassment* – om de symtom man söker för skulle avfärdas som bagatellartade.^{54,55,56}

Frågan hur läkare väljer att agera vid egen sjukdom är också nära knuten till frågan om officiella riktlinjer för vård av sig själv eller sina närstående. Det finns studier som visar att den kliniska bedömningen blir svårare om den behandlande läkaren också har en personlig relation med sin patient.^{57,58} Redan när *American Medical Association* år 1845 antog sin första etiska kod fanns en passage som avrådde läkare från att sköta sin egen och sina närståendes hälsa:

A physician afflicted with disease is usually an incompetent judge of his own case; and the natural anxiety, the solicitude which he experiences at the sickness of a wife, a child, or anyone who by ties of consanguinity is rendered peculiarly dear to him, tend to obscure his judgment, and produce timidity and irresolution in his practice.⁵⁹

Också idag avråder medicinska riktlinjer i många länder läkare från att behandla sig själva och sina familjemedlemmar och på en del håll i världen är det inte tillåtet med

⁵³ Fay Gäver, Lohmann-Lafrenz S., Lövseth L.T. (2016), "Why hospital physicians attend work when ill? The spiralling effect of positive and negative factors" *BMC Health Serv Res* vol.16, s.1-7.

⁵⁴ Kay (2008), "Doctors as patients," s.504.

⁵⁵ Stuart A. Schneck (1998), "Doctoring doctors and their families" *JAMA* vol.280, s.2038-2042.

⁵⁶ William T. Thompson, Cupples M.E., Sibbett C.H., Skan D.I., Bradley T. (2001) "Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study" *BMJ* vol.323, s.728-731.

⁵⁷ Esther Giroldi et.al. (2018), "Family physicians managing medical requests from family and friends" *Ann Fam Med* vol.16, s.45-51.

⁵⁸ Frederick Chen, Feudtner C., Rhodes L., Green L. (2001), "Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook" *West J Med* vol.175, s.236-239.

⁵⁹ Krall (2008), "Doctors who doctor self, Family and Colleagues," s.280.

egenförskrivning av vissa läkemedel.⁶⁰ I Storbritannien har *British Medical Association* tagit fram vägledande dokument för hur brittiska läkare bör agera gentemot kollegor som söker vård.⁶¹ Något liknande finns inte i Sverige, däremot erbjuder *Sveriges Läkareförbund* så kallad kollegial rådgivning av kollegor med särskild vana att hantera ”privata kriser, missbruksproblem, sjukdom – eller en livssituation som känns övermäktig.”⁶²

Somatisk hälsa och ohälsa bland läkare

Den fysiska hälsan inom läkarkåren kan betraktas som god.⁶³ Svaren i svenska Folkhälsomyndighetens enkät från 2013-2014 visade att svenska läkare röker mindre, är mindre överviktiga och motionerar mer än genomsnittet, samt skattar sin egen hälsa högre än genomsnittet för gruppen högre tjänstemän.⁶⁴ Också i en norsk studie från 2001 skattade läkarna sin fysiska hälsa högre, medan en finsk studie visade att kvinnorna men inte männen inom läkarkåren upplevde den egna fysiska hälsan som bättre än genomsnittet.^{65, 66}

En genomgång av det finska cancerregistret visade på 1980-talet att cancerincidensen mellan 1971-1980 i åldersintervallet 25-64 år var lägre bland läkare än för andra yrkeskategorier. Skillnaden till läkarnas fördel var särskilt stor för lungcancer. I studien anges som möjlig förklaring att läkare snabbare än andra yrkesgrupper reagerade på den kunskap om farorna med rökning som blev allmänt känd på 1960-talet.⁶⁷ Också senare registerstudier, baserade på större material från flera olika länder, har påvisat lägre förekomst av vissa cancerdiagnoser bland läkare än bland befolkningen i stort. Det gäller främst cancersjukdom med möjlig koppling till alkohol och tobak såsom läpp-

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ BMA Med (2010), “Ethical responsibilities in treating doctors who are patients, Guidance from the BMA Medical Ethics Department” *British Medical Association*.

⁶² www.slf.se/rad-och-stod/hallbart-arbetsliv/rad-och-stod-fran-andra-lakare/ (2019-07-05).

⁶³ Sara Gunnarsdotter, Ohlin E. (2006), ”Fysiskt mår läkarna bra – men inte alltid psykiskt” *Läkartidningen* vol.103, s.10-11.

⁶⁴ Lövtrup (2016), ”Den psykiska ohälsan ökar bland läkare.”

⁶⁵ Knut Stavem, Hofoss D., Aasland O.G., Loge J.H. (2001) “The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians” *Scand J Public Health* vol.29, s.196.

⁶⁶ Saara Töyry et.al. (2000), “Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey” *Arch Fam Medicine* vol.9, s.1079-1085.

⁶⁷ Markku Nurminen, Rimpelä A., Pukkala E. (1988), ”Exceptionally low cancer incidence in doctors” *The Lancet* vol.331, s.190-191.

magsäcks- och lungcancer. Vissa cancerformer tycks dock snarast vara vanligare bland läkare, t.ex. tjocktarms-, hud- och kvinnlig bröstcancer.⁶⁸

Enligt en brittisk kartläggning från 2000 är det inte bara för cancer som panoramat av dödsorsaker skiljer sig åt mellan läkare och befolkningen i stort. När 3000 dödsfall bland läkare mellan 1962-1992 studerades var kardiovaskulär sjukdom och lungcancer mindre vanligt förekommande medan självmordsprevalensen var förhöjd, särskilt bland kvinnliga läkare. I studien noterades också skillnader i dödsorsak mellan olika specialistläkare, där den i relativa tal förhöjda risken för död pga. hudcancer och levercirros bland anestesiloger utmärkte sig.⁶⁹ Just anesthesiologers livslängd har varit föremål för flera studier, där somliga visat en lägre medellivslängd jämfört med andra läkarspecialiteter,⁷⁰ medan andra studier inte kunnat påvisa någon sådan skillnad.⁷¹

Ett sätt att närma sig frågan hur läkarkårens somatiska hälsotillstånd sett ut över tid kan vara att just studera medellivslängd. Visserligen ger det långtifrån någon fullständig bild, men är ändå intressant eftersom materialet kännetecknas av ett lågt bortfall av data i den studerade populationen. Dessutom ger det möjlighet till jämförelser över tid. I studier från 1800-talets Tyskland, Frankrike och Nederländerna rapporterades en kortare förväntad livslängd bland läkare jämfört med andra yrkesgrupper av likartad socioekonomisk tillhörighet. Så visade en rapport från Württemberg mot slutet av 1800-talet att läkare levde i snitt fem år kortare än delstatens protestantiska präster. Förklaringsmodellerna handlar i dessa historiska studier huvudsakligen om hårda yrkesvillkor med ständig tjänstgöring, hembesök under dåliga väderförhållanden samt att läkare i kontakten med patienterna exponerades för smittsamma sjukdomar.⁷²

När livslängd bland läkare granskats närmare vår egen tid är resultaten inte lika uppseendeväckande. En studie från 2011 undersökte hur medellivslängden förändrats bland norska läkare mellan åren 1960-2000. Författarna konstaterade att läkare lever längre än befolkningen i stort och att skillnaderna i livslängd mellan läkare och individer med annan universitetsutbildning minskat gradvis över tid, men inte helt försvunnit. Den kvarstående skillnaden, till läkarkårens nackdel, tillskrevs i studien i

⁶⁸ Aage Andersen, et.al. (1999), "Work-related cancer in the Nordic countries" *Scand J Work Environ Health* vol.25, s.15f.

⁶⁹ Lucy M. Carpenter, Swerdlow A.J., Fear N.T. (1997), "Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants" *Occup Environ Med* vol.54, s.388-395.

⁷⁰ Kurt Svärdsudd, Wedel H., Gordh J. (2009), "Mortality rates among Swedish physicians: a population-based nationwide study with special reference to anaesthesiologists" *Acta Anaesthesiol Scand* vol.46, s.1187-1195.

⁷¹ Jonathan Katz (2004), "Do anaesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates" *Anesth Analg*, vol.98, s.1111-1113.

⁷² Frans van Poppel et.al., (2016), "The Life Expectancy of Medical Professionals in the Netherlands, Sixteenth to Twentieth Centuries" *Population* vol.71, s.623.

första hand en förhöjd suicidrisk.⁷³ Enligt en amerikansk studie från 2000, baserad på åldersdata i dödsorsaksregister mellan åren 1984-1995, hade manliga läkare emellertid snarast en något högre medellivslängd än jurister som här betraktades som en yrkesgrupp med jämförbar utbildningsnivå.⁷⁴

Missbruk bland läkare

Flera studier anger en förekomst av riskabel alkoholkonsumtion bland läkare i paritet med den som gäller för befolkningen i stort.^{75,76} Samtidigt finns det också kartläggningar som pekar på en högre⁷⁷ liksom en lägre förekomst av alkoholproblem inom läkarkåren.⁷⁸ En förklaring till den tvetydiga bilden är sannolikt det stigma som omgärdar alkoholberoende och som begränsar möjligheten att samla in pålitlig data. Missbrukarens upplevda stigma har beskrivits som särskilt uttalat bland läkare där det, utöver den upplevd skammen, ofta finns en oro att ett uppdragat missbruk ska få konsekvenser för möjligheten att utöva yrket. Sett till statistiken är oron delvis befogad. En svensk kartläggning av de fyrtio ärenden som mellan 1986-1989 slutade i indragen läkarlegitimation visade att ”psykisk sjukdom inklusive missbruk” var den vanligaste orsaken.⁷⁹ Samtidigt finns också andra möjligheter för arbetsgivare och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) att agera, t.ex. genom att besluta om provotid eller begränsad förskrivningsrätt.

Vad gäller intag av narkotiska läkemedel bland läkare är den vetenskapliga litteraturen mer samstämd. Det gäller särskilt smärtstillande opioider och rogivande så kallade bensodiazepiner där flera studier pekar på en förhöjd konsumtion jämfört med

⁷³ Olaf G. Aasland, Hem E., Haldorsen T., Ekeberg Ö. (2011), “Mortality among Norwegian Physicians 1960 – 2000” *BMC Public Health* vol.11, s.1.

⁷⁴ Erica Frank, Biola H., Burnett C.A. (2000), “Mortality rates and causes among U.S. physicians” *AJPM* vol.19, s.156.

⁷⁵ Catalina Dumitrascu, Mannes P.Z., Gamble L.J., Selzer J.A. (2014), “Substance use among physicians and medical students” *Medical student research journal* vol.3, s.27.

⁷⁶ Reidar Tyssen (2007), “Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies” *Industrial health* vol.45, s.603.

⁷⁷ Esperanza Romero-Rodriguez et.al. (2019), “Prevalence of hazardous alcohol use among Spanish primary care providers” *BMC Fam Pract* vol.104:1-8.

⁷⁸ Rosvold (2002), *Physicians in illness and health*, s.22.

⁷⁹ Jan Halldin, Hallström A. (1995), ”Missbrukande läkare klar risk för patienterna” *Läkartidningen* vol.92, s.414-417.

befolkningen i stort.^{80,81,82} I den vetenskapliga litteraturen beskrivs läkarnas användning av narkotiska läkemedel som ett sätt att hantera en påfrestande yrkesvardag präglad av tidspress och ansvarstyngd.⁸³ Det finns också erfarenhet som talar för att när läkare till sist söker vård för stressrelaterad ohälsa så har det inte sällan föregåtts av försök till egenterapi med psykofarmaka, med åtföljande risk för beroendeutveckling.⁸⁴

Just eftersom missbruk bland läkare är en stigmatiserad företeelse som riskerar att gå ut över både patienter och kollegor har det i flera länder upprättats särskilda centra för vård av vårdpersonal med drogproblem. I USA finns stödprogram och kliniker för missbrukande läkare i flertalet delstater.⁸⁵ Också i Sverige har det tidigare funnits liknande initiativ, bl.a. i Stockholm där den psykiatriska kliniken på Ersta sjukhus fram till årsskiftet 2018/2019 hade som särskilt uppdrag att behandla vårdpersonal med psykisk sjukdom inklusive missbruk.⁸⁶ Mellan 1993 och 1996 fanns också en beroendeavdelning i Västerås med särskild profil mot missbrukande läkare där sammantaget ett tjugotal läkare vårdades, i första hand för alkoholrelaterad problematik.⁸⁷

Psykisk hälsa och ohälsa bland läkare

Att läkaryrket kan vara psykiskt påfrestande har länge varit välkänt. Redan under 1900-talets första hälft diskuterades i akademiska kretsar den förhöjda suicidrisken bland läkare,⁸⁸ liksom läkarens förmodat ökade risk för hjärt-kärlsjukdom på grund av höga

⁸⁰ Marc Galanter, Dermatis H., Mansky P., McIntyre J., Perez-Fuentes G. (2007), "Substance-Abusing physicians: monitoring and twelve-step-based treatment" *Am J Addict* vol.16, s.117-123.

⁸¹ Rosvold (1998) "Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians."

⁸² Patrick H. Hughes et al. (1992), "Prevalence of substance abuse among US physicians" *JAMA* vol.267, s.2333-2339.

⁸³ Merlo (2008), "Prescription Opioid Abuse and Dependence Among Physicians" s.183.

⁸⁴ Intervju med Alexander Wilczek, dåvarande överläkare vid psykiatriska kliniken, Ersta diakoni (2016-02-19).

⁸⁵ Marc Galanter, Dermatis H., Stanievich J., Santucci C. (2013), "Physicians in long-term recovery who are members of alcoholic anonymous" *Am J Addict* vol.22, s.325.

⁸⁶ Marie Ström, Trysell K. (2018), "Erstas psykiatriska klinik förlorar uppdrag för vårdpersonal" *Läkartidningen* vol.115:E9XP.

⁸⁷ Maillkorrespondens med Lars Håkan Nilsson, tidigare verksam som läkare inom beroendevården vid Västmanlands sjukhus i Västerås. (2019-05-02).

⁸⁸ Dana Hubbard (1922), "Suicide among physicians" *Am J Public Health (NY)* vol.12, s.857.

nivåer av ”stress, intensity of work and mental worries.”⁸⁹ Det är emellertid först nu de senaste åren som den psykiska ohälsan bland läkare blivit föremål för en så omfattande uppmärksamhet att den också märks i det publika nyhetsflödet.^{90,91,92} Det gäller i synnerhet utmattningssyndrom och andra former av stressrelaterad psykisk ohälsa. Trenden är densamma bland läkare såväl i Sverige som i resterande Europa liksom i USA där situationen allt oftare beskrivs i termer av en ”epidemic of burnout.”^{93,94,95}

Mellan 2009-2014 ökade antalet långtidssjukskrivna svenska läkare med fyrtio procent, en ökning som till allra största del kunde förklaras av ett växande antal läkare med psykiatrisk diagnos.⁹⁶ Jämfört med andra yrkesgrupper är ökningen inom just läkarkåren särskilt stor. En rapport från AFA försäkring konstaterade nyligen att kvinnliga läkare stod för den ”högsta procentuella ökningen av antalet långa sjukfall med en psykisk diagnos” inom kommun- och landstingssektorn mellan 2009-2016.⁹⁷ De höga ohälsotalen lyfts också av Försäkringskassan i en utredning från 2014 där man skriver att ”kvinnor som är hälso- och sjukvårdsspecialister (läkare, barnmorskor och specialistsjuksköterskor) har betydligt högre risk att påbörja sjukfall med Ångestsyndrom.”⁹⁸ Innan den psykiatriska mottagningen på Ersta diakoni stängde vid årsskiftet 2018/2019 såg man också där en snabb ökning av särskilt yngre läkare som sökte vård för stressrelaterad psykisk ohälsa.^{99,100}

⁸⁹ Harry L. Smith (1937), ”Incidence of coronary sclerosis among physicians as compared with members of other occupations” *JAMA* vol.108, s.1327-1329.

⁹⁰ TT. (2017), ”Läkare sjukskrivs på grund av stress” *SvD* 2017-04-24.

⁹¹ Thomas Lerner (2017), ”Maktlösheten fick läkaren Anders Jeppsson att bränna ut sig” *Dagens Nyheter* 2017-11-15.

⁹² Anna Das (2019), ”Läkare: många av oss offrar vår egen hälsa” *SvD Debatt* 2019-07-19.

⁹³ ”The epidemic of physician burnout”, www.gold-foundation.org/newsroom/blog/epidemic-physician-burnout/ (2017-09-09).

⁹⁴ ”What should be done about the physician burnout epidemic”, www.ama-assn.org/practice-management/physician-health/what-should-be-done-about-physician-burnout-epidemic (2019-09-03).

⁹⁵ James W. Lynch (2015), ”The epidemic of burnout, depression, and suicide in medicine. One doctor’s story about coming back from the brink” www.theconversation.com/uk (2015-05-18).

⁹⁶ Lövrup (2016), ”Den psykiska ohälsan ökar bland läkare” s.11.

⁹⁷ ”Psykisk ohälsa i kommun- och landstingssektorn, dec 2017”, www.afaforsakring.se, s.28.

⁹⁸ Socialförsäkringsrapport 2014:4, s.35.

⁹⁹ Katrin Trysell (2018), ”Snart stängs dörren till Ersta psykiatri” *Läkartidningen* vol.115, s.2101-2104.

¹⁰⁰ Michael Lövrup (2016), ”Läkarna nu fler än sjuksköterskorna bland Erstas patienter” *Läkartidningen* vol.113, s.16-17.



Utmattad vårdpersonal

Sjuksköterskor och läkare återhämtar sig i avdelningens sängar. Målningen *Sjuksal* (2005) av läkaren och konstnären Tor-Göran Henriksson (1939-2013).

Förklaringsmodellerna till den ökade psykiska ohälsan bland läkare handlar ofta om att läkaryrket blivit mer produktionsorienterat, med en ökad detaljstyrning av arbetsuppgifterna, ökade krav på kostnadseffektivitet och en växande administrativ arbetsbörda.¹⁰¹ I jämförelse med andra yrkesgrupper utmärker sig också läkare av en lägre känsla av autonomi i yrket, och sett över tid har svenska läkares skattning av möjligheten till inflytande över arbetsdagen försämrats markant.^{102,103}

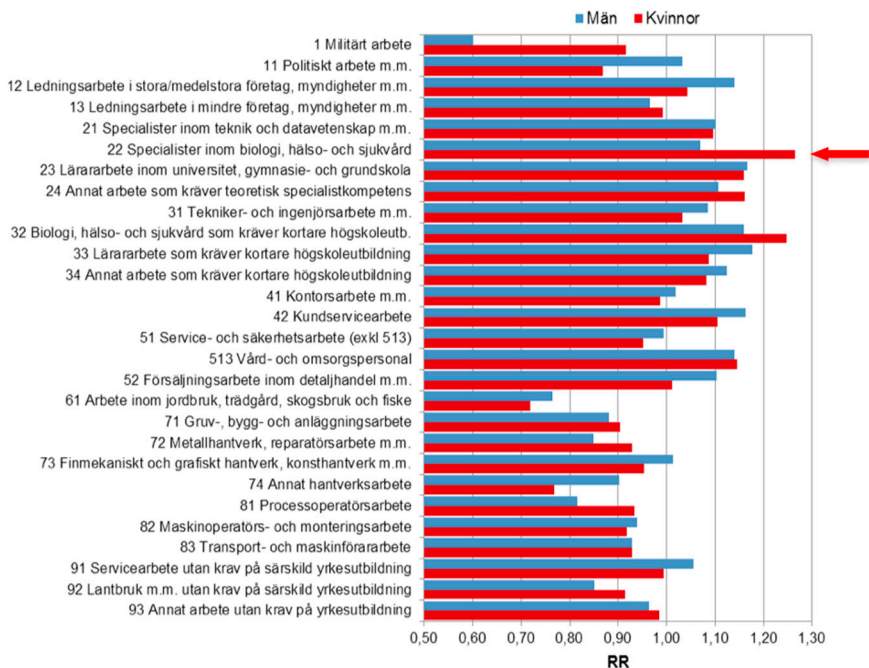
Flera vetenskapliga studier stärker bilden av att läkares psykiska hälsa är under press. I en svensk-italiensk enkätundersökning från 2012 rapporterade fyrtio procent av de deltagande läkarna tecken på psykisk ohälsa. Samtidigt uppgav bara en femtedel av

¹⁰¹ Intervju Alexander Wilczek, 2016-02-19.

¹⁰² Hedlund (2016), "Läkare yrke med hög trovärdighet – men låg autonomi" s.510-513.

¹⁰³ Lövtrup (2016), "Den psykiska ohälsan ökar bland läkare" s.13.

dessa läkare att de valt att söka professionell hjälp för sina upplevda besvär.¹⁰⁴ I samma studie hade merparten av läkarna med rapporterade självmordstankar inte valt att söka hjälp. Särskilt obenägne att söka för psykisk ohälsa var manliga läkare verksamma inom kirurgisk specialitet samt läkare som kombinerade klinisk verksamhet med forskning.



Yrkestillhörighet påverkar risken för sjukskrivning på grund av ångest

Diagrammet visar relativ risk (RR) för att påbörja sjukfall med ångestsyndrom. Genomsnittet för alla yrken utgör referenskategori = 1. Röd pil (författarens tillägg) markerar kategorin *Specialister inom hälso- och sjukvård - kvinnor*. Källa: Socialförsäkringsrapport 2014:4, s.36.

Tydliga skiljelinjer mellan olika specialiteter i risken för utbrändhet har påvisats i en amerikansk enkätstudie. Här var symtomskattningen särskilt hög bland läkare verksamma inom akutmedicin, urologi och allmänmedicin, medan den var betydligt lägre bland specialister inom pediatrik och arbets- och miljömedicin.¹⁰⁵ Att det finns ett upplevt stigma kring psykisk ohälsa som har betydelse för läkarnas vårdsockarbetande antyds i en norsk studie från 2002. Hälften av de deltagande läkarna

¹⁰⁴ Ann Fridner, Belcik K, Marini M., Schenck-Gustafsson K., Gustafsson Sendén M. (2012), "Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress?" *Swiss Medical Weekly* vol.142:w13626.

¹⁰⁵ Tait D. Shanafelt et.al. (2015), "Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014" *Mayo Clin Proc* vol.90, s.1600-1613.

angav att de inte kunde tänka sig att söka hjälp för psykisk ohälsa i den vårdregion där de själva arbetade.¹⁰⁶

Samtidigt har det nyligen börjat komma internationella rapporter som visar på ett möjligt trendbrott.¹⁰⁷ I en metastudie från 2016 publicerad i *The Lancet* noterades en viss avmattning av de höga prevalensnivåerna för utbrändhet bland läkare.¹⁰⁸ En amerikansk kartläggning från 2019 har visat att andelen läkare som rapporterar minst ett av de symtom som ingår i diagnosen utmattningssyndrom ökade mellan 2011-2014 för att därefter minska mellan 2014-2017. I artikeln konstaterar författarna att även om ohälsotalen är fortsatt höga så har “efforts to improve physician well-being proven to be efficacious, and should be recognized as potential contributors to the favorable trend.”¹⁰⁹

En liknande avmattning tycks också gälla för självmord. I en metaanalys från juni 2019 noterar författarna visserligen en fortsatt hög risk för självmord, med en särskilt uttalad överrepresentation bland kvinnliga anestesiologer, psykiatriker, allmänläkare och allmänkirurger. Men samtidigt noterar artikelförfattarna att antalet självmord bland läkare förefaller ha minskat över tid och att det är en trend som är tydligare i Europa än i USA.¹¹⁰

Sammanfattningsvis kan man konstatera att vetenskapliga studier baserade på enkäter, intervjuer och registerdata belyser ett sjukdomspanorama i läkarkåren som delvis skiljer sig från befolkningen i stort, med särskilt höga incidens- och prevalenstal vad gäller stressrelaterad psykisk ohälsa. Det tycks också inom läkarkåren finnas en annorlunda beteendepertoar vid egen ohälsa, som ibland lutar sig mot ett ändamålsenligt beslutsövervägande, men som ofta bottnar i en upplevd otillgänglighet till patientrollen och en känsla av förhöjda trösklar in mot sjukvården.

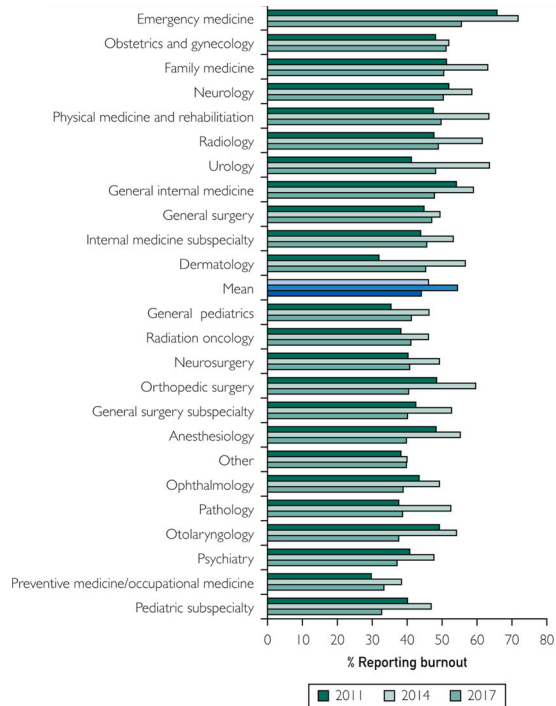
¹⁰⁶ Rosvold (2002), “Illness behavior among Norwegian Physicians” s.125.

¹⁰⁷ Clare Gerada (2019), “Doctors’ mental health and stigma - the tide is turning” *BMJ* vol.366:l4583.

¹⁰⁸ West (2016), “Interventions to prevent and reduce physician burnout.”

¹⁰⁹ Tait D. Shanafelt et.al. (2019), “Changes in burnout and Satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017” *Mayo Clin Proc* vol.94, s.1691

¹¹⁰ Duteil (2019), “Suicide Among Physicians and Health-Care Workers.”



Utmattningssyndrom bland läkare med olika specialiseringsriktningar

Symtomskattningar från USA visar en avmattning från höga nivåer av andelen läkare som rapporterar stressrelaterad ohälsa. Skillnaderna är fortfarande stora mellan olika läkarspecialiteter. Tait D. Shanafelt et.al. (2019), "Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017" *Mayo Clin Proc* vol.94, s. 1681-1694. 'Open access' enligt Creative Commons CC BY NC ND license.

Medicinsk humaniora – den akademiska hemvisten

Att humaniora och medicin hör ihop är idag en lika självklar som vedertagen uppfattning. Vid flera av världens ledande lärosäten bedrivs sedan 1970-talet forskning och utbildning inom ämnesområdet medicinsk humaniora.¹¹¹ Konferenser organiseras på internationell såväl som på nordisk och nationell nivå och vetenskapliga tidskrifter finns etablerade med namn som *Medical Humanities*, *Journal of Medical Humanities* och *Literature and Medicine*. Medicinsk humaniora är på många håll också en integrerad del av utbildningsverksamheten vid medicinsk fakultet, t.ex. vid Lunds Universitet där ämnesområdet finns representerat på flera av läkarutbildningens terminer liksom inom flertalet av fakultetens övriga utbildningar.¹¹² Humanistiska perspektiv har en roll att fylla jämte biomedicinska i strävan efter en mänskligt inriktad utbildning och sjukvård.¹¹³ Det är denna uppfattning som ligger till grund för medicinsk humaniora och det är inom dess verksamhetsfält som den här studien har sin primära akademiska hemvist. Följande sidor syftar till att ringa in avhandlingens akademiska tillhörighet genom att definiera och närmare beskriva medicinsk humaniora samt några av de metodologiska principer som vägleder detta kunskapsfält.

Begreppet medicinsk humaniora kan med sin terminologiska bredd te sig vagt, eller rentav undflyende. Varje försök att kortfattat definiera vad det omfattar innebär samtidigt att väsentliga delar av dess komplexitet går förlorad. Snarare än ett sammanhållet akademiskt ämnesområde rör det sig kanske egentligen om ett *förhållningssätt*, där de humanistiska vetenskaperna – och gestaltningarna i olika konstarter – anses bära på ett erbjudande om fördjupad förståelse för den medicinska vårdverklighetens vardag. De humanistiska perspektiven påminner oss om det utpräglat mänskliga i biomedicinens kartläggning av den friska och sjuka kroppen och att en god och nyttoinriktad vård måste vara en *human science* lika mycket som en *medical science*.

¹¹¹ Anders Palm (2009), "Human Science or just Science? Medical Humanities - med litteraturen i centrum," *Litteratur som livskunskap – tvärvetenskapliga perspektiv på personlighetsutvecklande läsning*, red. Skans K. Nilsson & Torsten Petterson, Göteborg: Högskolan i Borås, s.98.

¹¹² Anders Palm (2019), *Medicinsk humaniora*, Lund: Lunds universitet, s.11.

¹¹³ Gillie Bolton (2003), "Medicine, the arts, and the humanities" *The Lancet* vol.362, s.93-94.

Ämnesrådets framväxt och karakteristika

När begreppet medicinsk humaniora började ta form under 1960-talet var det delvis som en reaktion mot den moderna medicinens sätt att betrakta tillvaron. Vad kritikerna tog fasta på var en upplevelse att skolmedicinen i alltför hög grad kommit att formas till en biostatistisk vetenskap, där patienterna reducerats till kroppsdelar och objektiva mätbara fysiologiska funktioner. Vetenskapliggörandet av människokroppen hade visserligen triumferat medicinen och genererat häpnadsväckande upptäckter men, menade man, det hade skett till priset av en tilltagande dehumanisering av vården.¹¹⁴ Sedan dess har ledande företrädare för medicinsk humaniora med en rad olika metaforer fångat ett upplevt dilemma i den samtida medicinen.

Så har t.ex. Jane Macnaughton angett som problemets kärna en atomisering där patienterna och deras krämpor kommit att betraktas som "boxes of molecules to which can be added another molecule that can sort out an imperfect reaction."¹¹⁵ Sociologen Arthur Frank har myntat begreppet "medical colonialism" som ett uttryck för hur patientens förståelse av sin egen sjukdom nedvärderas samtidigt som den medicinska journalen upphöjts till "the official story of illness."¹¹⁶ Kathryn Montgomery har påstått att medicinen idag kännetecknas av bristande medvetenhet – "an epistemological scotoma" – för att medicinskt kunskapsinhämtande ofta baserar sig på något mer än ett mekaniserat insamlade av objektiva mätbara kroppsdata.¹¹⁷ I liknande ordalag har den amerikanske läkaren och litteraturvetaren Rita Charon beskrivit hur läkare och patienter hålls åtskilda av en epistemologisk klyfta – *a gulf* – som hindrar den verkligt givande dialogen mellan vårdgivare och vårdtagare från att äga rum.¹¹⁸ Det är som ett svar på denna upplevda reduktionism och som en kompletterande strategi för sjukdoms- och sjukvårdsförståelse som man bör tolka framväxten av medicinsk humaniora.

Katarina Bernhardssons doktorsavhandling *Litterära besvär. Skildringar av sjukdom i samtida svensk prosa* (2010) är det verk som mest ingående presenterar medicinsk humaniora för svensk publik. Bernhardsson föreslår en definition av kunskapsfältet som

¹¹⁴ Thomas R. Cole, Carlin N., Carson R.A. (2015), *Medical Humanities. An introduction*, New York: Cambridge University Press, s.6.

¹¹⁵ Jane Macnaughton (2011), "Medical humanities' challenge to medicine" *J Eval Clin Pract* vol.17, s.930.

¹¹⁶ Arthur Frank (1995), *The wounded storyteller. Body, illness, and ethics*, Chicago: University of Chicago Press, s.5.

¹¹⁷ Kathryn Montgomery (2006), *How Doctors Think. Clinical Judgment and the Practice of Medicine*, New York: Oxford University Press, s.81ff.

¹¹⁸ Rita Charon (2006), *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, New York: Oxford University Press, s.23.

”humanistiska studier inriktade på upplevelsen av hälsa och sjukdom, medicin i bred bemärkelse, och ofta med särskilt intresse för det kliniska mötet.”¹¹⁹ Det är en begreppsbestämning som väl ringar in ämnets yttre ramverk men som kan kompletteras med ett par preciseringar av den pragmatiska ambition som ofta vägleder forskning inom medicinsk humaniora.

Anne Scott är en av dem som framhåller att humaniora kan öka de medicinska utövarnas förmåga att leva sig in i patienternas upplevelser. Att förstå och i dialog med patienterna själva verbalisera deras berättelser. Humanistiska studier kan, menar Scott, ge vårdens aktörer en bredare kunskapsbank för tolkning av mänsklig sjukdomserfarenhet. De kan påminna oss om det humanistiska ändamålet i medicinens kartläggning av människan som biologisk varelse och ge vägledning i hur vården bäst tar plats i mötet med den sjukdomsdrabbade individen. Det handlar, för att använda Scotts egna ord, om ”whole person understanding.” Att hos vårdutövarna länka samman den biovetenskapliga förståelsen för ”common patterns of response” med en lyhördhet för ”individual difference/uniqueness” i den enskilda erfarenheten.¹²⁰ En sådan berikande strävan med de humanistiska inslagen vid medicinsk utbildning tar också Valeri Grant vid universitetet i Auckland fasta på när hon argumenterar för att låta humaniora ta plats i läkarutbildningens core curriculum:

studying the human condition from the perspective of one of the arts or social sciences, may lead students to a fuller understanding of their suffering patients.¹²¹

Litteraturvetaren Anders Palm, som 2007 introducerade kursen ”Kroppen i humanioraperspektiv” på läkarutbildningen i Lund, ger uttryck för en liknande aspekt när han skriver att humanistiska ”framställningsformer har visat sig kunna ge nyanserade konkreta uttryck för sådana existentiella situationer och relationer som läkekonsten har att hantera och ständigt problematisera.”¹²²

Men forskning och undervisning inom medicinsk humaniora syftar inte enbart till att stärka vårdgivarnas förståelse för den patient som söker deras hjälp. Det kan också handla om att bättre förstå medicinens plats i en bredare samhällskontext. Först i världen med att knyta företrädare för de humanistiska vetenskaperna till läkarutbildningen var 1967 *Penn State College of Medicine* i USA. På deras hemsida betonar man just de humanistiska perspektivens möjlighet att bidra till en känsla av sammanhang. Utan denna bredare utblick blir vårdaktörernas förståelse av sin

¹¹⁹ Bernhardsson (2010), *Litterära besvär*, s.41.

¹²⁰ Anne Scott (2000), ”The relationship between the arts and medicine” *Medical Humanities* vol.26, s.5.

¹²¹ Valerie Grant (2002), ”Making room for medical humanities” *Medical Humanities* vol.28, s.46.

¹²² Palm (2009), ”Human Science or just Science?”, s.98.

verklighet och sitt uppdrag ”incomplete, and seen as having no history, no context, no ideals, nor integration with personal and social values and beliefs.”¹²³

Det finns alltså i medicinsk humaniora en mer nyttoinriktad strävan med humaniora än den man vanligtvis möter inom de humanistiska vetenskaperna. En föreställning att ”humaniora har något att bidra med till medicinen”.¹²⁴ Det finns fog för att betrakta ett sådant nyttiggörande av humaniora som en del av en kunskapsmässig strömning som inte bara tagit sikte på medicinen. I boken *Alltings mått. Humanistisk kunskap i framtidens samhälle* (2012) beskriver idéhistorikerna Anders Ekström och Sverker Sörlin att den akademiska forskningen och undervisningen inom humaniora på senare år allt oftare kommit att upprätta relationer med kunskapsområden och verksamheter utanför de humanistiska ämnesområdenas egna domäner. Författarna nämner medicinsk humaniora som ett av de mer framträdande exemplen på ett sådant tvärvetenskapligt initiativ, men tar också fasta på att en liknande integrering ägt rum mellan humaniora och ett flertal andra samhällsområden, exempelvis ”skola och utbildning, ordningsmakt och rättsväsende, konsumtion och marknadsföring”.¹²⁵

Även om begreppet medicinsk humaniora egentligen inte uttrycker någon riktning på inflytandet mellan de båda kunskapsfälten så är det underförstått från humaniora till medicin som denna påverkan huvudsakligen förväntas ske. Men det går också att se förhållandet som mer ömsesidigt. Medicinens kartläggning av människokroppen, dess visualisering av det som döljer sig under huden, förklaringsmodeller av kroppsliga processer såsom åldrandet, immunsystemet och människans högre kognitiva förmågor. Allt detta präglar förstås också de humanistiska konsternas gestaltning av vad det innebär att vara människa. Ett konkret exempel är författaren och journalisten Anders Paulruds bok *Fjärilen i min hjärna* (2008) där röntgenbilden av hans egen skalle med hjärnans ventriklar visualiserade, leder författaren till föreställningen att en fjäril i symbolisk mening döljer sig i hans inre.¹²⁶

Läkaren och forskaren Rolf Ahlzén lägger vikt vid en sådan tanke på ömsesidighet när han hävdar att medicinsk humaniora i dess mest tillämplade form bör förstås som en sammanlänkande kraft mellan två olika sätt att betrakta människan. Två olika kunskapsformer om vad det innebär att vara människa som båda är lika värdefulla. Å ena sidan den ”biomedicinska” där läkaren betraktar patienten som ”ett stycke natur” vars patofysiologiska processer är möjliga att objektivt avkoda. Å andra sidan den ”biografiska” där patienten istället tar form för läkarens öga som en sammansatt social individ. Uppgiften för medicinsk humaniora blir då inte att frånta den medicinske

¹²³ Penn State College of Medicine, www.med.psu.edu/humanities, (2016-03-21).

¹²⁴ Bernhardsson (2010), *Litterära besvär*, s.48.

¹²⁵ Anders Ekström, Sörlin S. (2012), *Alltings mått. Humanistisk kunskap i framtidens samhälle*, Stockholm: Norstedts, s.196.

¹²⁶ Anders Paulrud (2008), *Fjärilen i min hjärna*, Stockholm: Albert Bonniers förlag, s.128.

utövaren det objektifierande perspektiv som varit en förutsättning för medicinens framsteg under de senaste två seklerna. För, som Ahlzén konstaterar: ”Patienten depersonaliseras ju i syfte att kunna repersonaliseras – denna paradox förbises inte sällan av dem som kritiserar den moderna medicinen.”¹²⁷ Uppgiften blir istället att leda den medicinske utövaren till en position där dessa två betraktelseformer balanseras utan ”överdriven tonvikt” åt någotdera håll, dvs. en position där patienten kan hanteras på en och samma gång som biologiskt objekt och mänskligt subjekt.

[M]edical Humanities take as their task to contribute to an intertwining of the experiential aspect of 'not being well', often called illness, with the scientifically constructed disease concept, expressed through the language and concepts of biomedical science.¹²⁸

Litteraturvetarna Knut Stene-Johansen och Fredrik Tygstrup ansluter sig till samma resonemang när de argumenterar för medicinsk humaniora som ett förenande forum för två skilda kunskapskulturer, den *faktabaserade* och den *erfarenhetsbaserade*. Var för sig bär dessa två kulturer på värdefulla, men också ofullständiga, meningsinnehåll om sjukdom.

The task is to bring them into dialogue, in contrast to the traditional priority given to knowledge over experience, and to focus on their shared characteristics.¹²⁹

När medicinsk humaniora tog form som akademiskt fält mot slutet av 1960-talet var det i första hand knutet till ämnesområdet medicinsk etik.^{130,131} Sedan dess har det kommit att omfatta allt fler kunskapsområden och kan idag bäst beskrivas som ett mångvetenskapligt, interdisciplinärt verksamhetsfält. Under dess paraply ryms ett stort antal samhälls- och kulturvetenskapliga ämnen med koppling till medicinen. På Penn State University's hemsida står att läsa:

¹²⁷ Rolf Ahlzén (2005), ”Den belästa läkaren. Tankar kring mötet mellan två kunskapsformer” *Det öppna rummet. Festskrift till Merete Mazzarella*, red. Anna Biström et.al., Helsingfors: Söderströms, s.312f.

¹²⁸ Rolf Ahlzén (2007), ”Medical Humanities – arts and humanistic science” *Med Health Care Philos* vol.10, s.392.

¹²⁹ Knut S. Johansson, Tygstrup F. (2010), ”Introduction: Illness in Context,” *Illness in Context*, red. Knut S Johansson & Frederik Tygstrup. Amsterdam: Rodopi, s.4.

¹³⁰ Bernhardsson (2010), *Litterära besvär*, s.61.

¹³¹ Martyn Evans, Greaves D.A. (2010), ”10 years of Medical Humanities: a decade in the life of a journal and a discipline” *Med Humanit* vol.36, s.66-68.

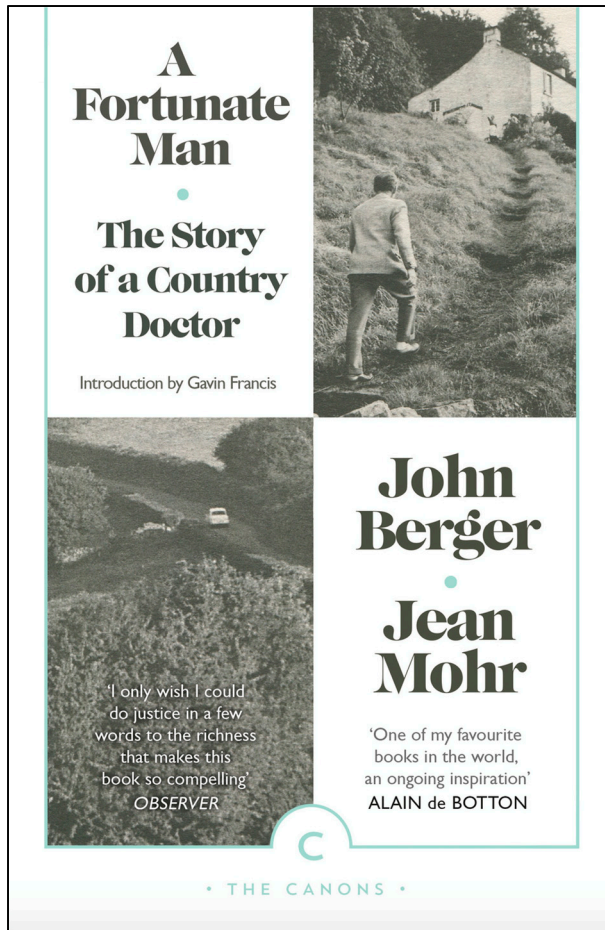
[W]e look at the world of medicine through the eyes of our respective humanities disciplines; these have included anthropology, history, literature, philosophy, and religion.¹³²

Till denna lista skulle även sociologi, etnologi, filmvetenskap och konstvetenskap kunna fogas. För vart och ett av dessa ämnesområden öppnar sig unika möjligheter att belysa den medicinska verksamheten. Det bör här inflikas att också innan begreppet medicinsk humaniora var myntat fanns det naturligtvis studier och texter som från humanistiskt håll gav perspektiv på den medicinska praktiken. Medicinsk humaniora är äldre än det akademiska ämnesområdet *Medical Humanities*,¹³³ vilket bl.a. John Bergers och Jean Mohrs porträtt av provinsialläkaren Dr. Sassall i boken *A fortunate man. The story of a country doctor* (1967) exemplifierar.¹³⁴

¹³² Penn State College of Medicine, www.med.psu.edu/humanities. (2016-03-21).

¹³³ Brian Hurwitz (2015), "Medical Humanities: Origins, orientations and contributions" *Anglo Saxonica* vol.10, s.11-32.

¹³⁴ Berger (2016), *A fortunate man*.



Reportagebok från den brittiska landsbygden

A fortunate man. The story of a country doctor (1968) av författaren John Berger och fotografen Jean Mohr kan betraktas som en tidig studie inom det ämnesområde som senare fick namnet medicinsk humaniora. Boken skildrar brittiske provinsialläkaren Dr. John Sassall i hans yrkesgärning, och beskrivs mer ingående i delarbete fyra. På bilden omslaget till senaste utgåvan från Canongate Books Ltd (2016)

Långtifrån alla aspekter av medicinsk humaniora kommer att beröras i denna avhandling. Här är det istället litteraturen och litteraturvetenskapen som står i centrum. Litteraturen som ett primärmaterial som på ett nyanserat sätt åskådliggör den medicinska verkligheten, litteraturvetenskapen som en uppsättning tolkningsverktyg just för detta åskådliggörande. Det finns goda argument för att jag valt att rikta forskningsprojektet mot just litterära skildringar. Dels finns i litteraturen en överlägsen bredd med ett stort antal verk, från renodlad fiktion till dokumentär prosa. Dels har just studiet av skönlitteratur under de senaste decennierna fått en alltmer framskjuten plats inom medicinsk humaniora. Idag är det i första hand litteraturens snarare än

etikens och filosofins relation till medicinen som förknippas med medicinsk humaniora. *Literature and Medicine* och *Narrative Medicine* har utvecklats till starka forskningsfält med egna tidskrifter och akademiska institutioner, bl.a. på Columbia University i New York och Kings College i London. Redan 1995 konstaterade Charon att litteratur och medicin hade blivit "the most quickly growing area of the medical humanities".¹³⁵ Då, i mitten av 1990-talet, förekom undervisning med hjälp av skönlitteratur på en tredjedel av USAs läkarutbildningar. En siffra som bara några år senare hade stigit till sjuttiofyra procent.¹³⁶ En anledning till skönlitteraturens genomslag på läkarutbildningar världen över handlar om dess gestaltningsförmåga. För som Palm konstaterar kan ingen medicinsk facklitteratur "som skönlitteraturen belysa läkarvetenskapens kliniska verklighet och den enskilda människans upplevelse av sjukdom, av lidande och död. Världslitteraturen står till förfogande som kunskapskälla."¹³⁷

Narrativ medicin - berättelsens roll i sjukvården

Den här avhandlingen låter sig tydligast inordnas inom den gren av medicinsk humaniora som går under beteckningen *narrativ medicin*. Det är en inriktning som visar hur berättelsens och berättandets sätt att strukturera och återge livserfarenhet är särskilt framträdande just i den medicinska verksamheten. Sjukvårdens vardag består i själva verket av ett ständigt skapande och återskapande av berättelser. Muntliga berättelser tar dagligen form i patienternas samtal med dem som arbetar i vården, i samtalen mellan läkare och sköterskor, liksom i kontakten mellan patienter och anhöriga.¹³⁸

Den norske filosofen Geir Lorem beskriver patienternas berättande om sin egen sjukdom som ett inorporerande av "several dissimilar life events and experiences in a unified story".¹³⁹ Det är en beskrivning av historieberättande som också kan tillämpas på de vårdande professionerna, t.ex. i en sjuksköterskas eller läkares anamnesupptagning eller i patientrapporterna vid rond och skiftbyten. Att foga samman spridda bitar av information – anamnes, undersökningsfynd,

¹³⁵ Rita, Charon et. al. (1995), "Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice", *Ann Intern Med*, vol.122, s.599-606.

¹³⁶ Bernhardsson (2010), *Litterära besvär*, s.61.

¹³⁷ Palm (2009), "Human Science or just Science?", s.101.

¹³⁸ Rita Charon et.al. (2017), *The principles and practice of narrative medicine*, New York: Oxford University Press.

¹³⁹ Geir Lorem (2008), "Making sense of stories: The use of patient narratives within mental health care research" *Nursing philosophy* vol.9, s.62-71, s.65.

röntgenutlåtande och blodprovssvar – till en sammanhängande och förklarande berättelse kan i själva verket betraktas som medicinens kognitiva kärnverksamhet.

Det är för att medicinen till stora delar består av att forma och bearbeta berättelser som det finns ett värde i att den medicinska praktiken och dess föreställningsvärldar studeras med verktyg hämtade från narratologin. I *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness* (2006), en av de mest tongivande böckerna inom narrativ medicin skriver Charon:

I use the term *narrative medicine* to mean medicine practised with these narrative skills of recognizing, absorbing, interpreting and being moved by the stories of illness.¹⁴⁰

Genom fördjupad narrativ kompetens kan vårdens yrkesaktörer med andra ord bli bättre på att leva sig in i, förstå och syntetisera patienternas berättelser. Men det narrativa perspektivet är inte bara viktigt för läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper inom vården, utan även för patienten. Arthur Frank har i *The wounded storyteller* (1995) argumenterat för berättelsens betydelse för den som drabbas av sjukdom. Frank menar att sjukdom ”calls for stories.”¹⁴¹ Patientrollen för med sig både en underförstådd förväntan och ett upplevt behov av att formulera berättelser. Det kan vara inför släkt och vänner eller inför vårdpersonal i det kliniska mötet. Den som läggs in på sjukhus får på sin väg till avdelningen formulera en sjukdomsberättelse ett flertal gånger för olika personalkategorier. Berättelsen och berättandet är således en fundamental del av vad det innebär att bli patient. Men sjukdom genererar inte bara berättelser inför någon annan, utan också inför individen själv. Genom att formulera en personlig berättelse av det inträffade kan den som drabbas av sjukdom återta fotfästet i en verklighet som tillfälligt satts i gungning.

Frank liknar den sjukdomsdrabbade individens livsberättelse vid ett skeppsvrak och menar att ”narrative seek to redeem life and pain from chaos by creating sequence”.¹⁴² Denna berättelsens helande kraft uppmärksammades redan på 60-talet av psykiatern Robert Jay Lifton. Studier i kölvattnet av atombomben i Hiroshima under andra världskrigets slutskede visade att berättandet om händelsen bland de överlevande blev ett redskap för att nå acceptans av det inträffade. De överlevande i Hiroshima hade visserligen varit med om en händelse av sällsam art. Men, som läkaren Karl Häggblom och litteraturvetaren Per-Olof Mattsson skriver om Liftons studie:

Steket från Hiroshimas makroskopiska katastrof till den mikroskopiska individen med det nyanlända cancerbeskedet är inte så långt som man skulle kunna tro. I båda fallen

¹⁴⁰ Charon (2006), *Narrative Medicine*, s.4.

¹⁴¹ Frank (1995), *The wounded storyteller*, s.53.

¹⁴² Arthur Frank (2004), ”Asking the right question about pain: Narrative and phronesis” *Literature and Medicine* vol.23, s.213.

handlar det om att aktivt integrera det avbrutna livet i en fortsatt livshistoria efter beskedet som förändrar allt.¹⁴³

I *The wounded storyteller* (1995) argumenterar Frank för att patientjournalens narrativ i alltför hög utsträckning kommit att likställas med den enda möjliga berättelsen om sjukdom.¹⁴⁴ Enligt Frank behöver patienten istället ges möjlighet att tolka sina kroppsliga uttryck av smärta och funktionsinskränkning till något som ingjuter mening och sammanhang också för patienten själv.¹⁴⁵ Narrativ medicin kan handla om att skapa klarhet i det upplevda kaoset och Frank menar att också sjukvård i högre utsträckning än idag borde uppmärksamma berättelsens kurerande kraft.¹⁴⁶

Inom teoribildningen för narrativ medicin lyfts med andra ord berättelser om sjukdom fram som ett verktyg i strävan efter ökad förståelse av sjukdomsupplevelse.¹⁴⁷ Genom narrativ lyhörddhet kan gapet mellan läkare och patient överbryggas och i förlängningen den objektivt mätbara avbildningen av verkligheten förenas med den subjektivt upplevda. Sjukdomsberättelsen kan, för att citera Mike Bury, betraktas som en möjlig förbindelse mellan "between body, self and society" dvs. en sammanlänkande kraft mellan sjukdomens kroppsliga uttryck, mänskliga upplevelse och dess positionering i en bredare samhällskontext.¹⁴⁸

Medicinsk humaniora kännetecknas således av en idé om de humanistiska vetenskapernas och konsternas rekonstruerande motkraft till biomedicinens dekonstruerande sätt att närma sig patienten. Ibland tolkas detta som en polarisering mellan medicinens utövare och företrädarna för medicinsk humaniora. Det är emellertid i min mening en olycklig positionering och ett motsatsförhållande som inte står i överensstämmelse med verkligheten. I själva verket finns det knappast några yrkeskärer som i lika hög grad som sjukvårdens medarbetare präglas av lyhörddhet och försök till känslomässig inlevelse i 'den andres' situation. Alla som arbetar i vården har visserligen inte det inkännande perspektivet och en stressig tillvaro kan stundtals göra att mötet inte blir så ostört som vare sig patient eller läkare hade önskat. Men de läkare och sjuksköterskor som satt objektivering av patienten i system i den kliniska kontakten är lätttråkade. Utövarna för den mänskligt inriktade medicin som teoribildningen kring medicinsk humaniora anbefaller finns inte i första hand i de akademiska korridorerna utan just inom sjukvården, bland dem som dagligen förmedlar en god och

¹⁴³ Karl Häggblom, Mattson P.O. (2007), "Patografen - den sjukas egen journal" *Läkartidningen* vol.104, s.3549.

¹⁴⁴ Frank (1995), *The wounded storyteller*, s.5.

¹⁴⁵ Ibid. s.2.

¹⁴⁶ Arthur Frank (2007), "Five dramas of illness" *Perspectives in biology and medicine* vol.50, s.390.

¹⁴⁷ Bernhardsson (2010), *Litterära besvär*, s.58.

¹⁴⁸ Mike Bury (2001), "Illness Narratives: Fact or Fiction?" *Sociology of Health & Illness* vol.23, s.281.

personligt inriktad vård. Samtidigt kan mötet med sjukvården som organisation ofta upplevs främmande, hotfullt och depersonaliserande för patienten. Den långa väntan på akutmottagningen, de kala väggarna, personalens tidsbrist, de svårtolkade läkemedelslistorna och frånvaron av kontinuitet i kontakten med sin läkare. Det är kanske inte minst för att fästa uppmärksamhet på denna känsla av främlingskap inför sjukvårdens stora och svårnavigerade organisation, som både vårdgivare och sjukvårdsadministratörer har mycket att hämta i de fördjupade skildringar av sjukdomsupplevelse som ryms inom medicinsk humaniora.

Patografen som genre

Primärmaterialet i avhandlingens fem delstudier utgörs av texter om sjukdomsupplevelse. Det är texter skrivna under olika tidsepoker och om olika diagnoser, några mer litterärt bearbetade, andra mer sakligt redovisande. Men alla texter, med undantag för Franz Kafkas *En läkare på landet* (1919) i delarbete två, hör till genren läkarpatografier. På följande sidor beskrivs några av patografins kännetecken, det vill säga den genre inom litteraturen där läkarpatografen är en bland flera subgenerer.

Sjukdom, lidande och död är eviga och oupphörligt återkommande teman i den mänskliga berättarkonsten. Sjukdomsgestaltningar i litterär form finns bevarade från långt tillbaka i litteraturhistorien, exempelvis i klassiska dramer av Sofokles och Shakespeare. Ändå lyfts patografen ofta fram som en företeelse som tar form i början av 1900-talet, vilket bottenar i hur genren definieras.¹⁴⁹ Enligt den i vår tid mest vedertagna definitionen är patografi en

självbiografisk eller biografisk berättelse, skriven i jagform av den sjuka eller av en nära anhörig till henne, som skildrar en människas liv med särskild inriktning på hennes sjukdomserfarenheter.¹⁵⁰

Somliga sjukdomar berörs oftare än andra i den patografiska litteraturen. Ett genomgående drag bland de sjukdomar som ger upphov till patografier tycks vara att de på ett omtumlande sätt bryter den utstakade vägen genom livet och försätter patienten i en osäkerhet över nuet och framtiden. Det rör sig sällan om sådana sjukdomar där utsikterna för bot är generellt goda, såsom benfrakturer och banala infektionssjukdomar. Istället handlar det, som Häggblom skriver, om sjukdomar med ”dålig prognos, långsam utveckling och [som] ofta medför komplicerade behandlingar

¹⁴⁹ Anne Hunsaker Hawkins (1999), *Reconstructing illness. Studies in Pathography*, Indiana: Purdue University Press, s.xiv.

¹⁵⁰ Bernhardsson (2010), *Litterära besvär*, s.32.

med svåra biverkningar.¹⁵¹ Att det är just i denna existentiella rubbning av tillvaron som incitamentet till det patografiska skrivandet ligger kan illustreras av det faktum att patografier om HIV/AIDS under 90-talet var betydligt vanligare än idag. För medan en HIV-diagnos tidigare innebar en säker dödsdom är denna sjukdom i västvärlden nuförtiden att betrakta som en kronisk och besvärlig men trots allt ofta hanterbar åkomma. Litteraturvetaren Susan Sontag fångar också en aspekt av detta när hon skriver att de

fantasier som inspirerades av tbc under det gångna århundradet, och av cancer nu, är svar på en sjukdom som man tror är obotlig och nyckfull, det vill säga en sjukdom som man inte förstår.¹⁵²

Till de vanligast skildrade sjukdomarna i nutida patografier hör just cancer jämte psykisk ohälsa.^{153,154} Det gäller också bland läkarpatografierna där antalet beskrivningar av särskilt stressrelaterad ohälsa växer stadigt. För svensk räkning kan här särskilt nämnas psykiatern och onkologen Pia Dellsons *Väggen. En utbränd psykiaters noteringar* (2015),¹⁵⁵ beskriven mer ingående i delarbete fyra, samt *Ett slut en början. En psykiaters funderingar kring sitt utmattningssyndrom* (2017) av psykiatern Niklas Nygren.¹⁵⁶ Bland läkarpatografierna om cancersjukdom har några blivit mer uppmärksammade än andra, t.ex. *One hundred days. My unexpected journey from doctor to patient* (2000) av hudläkaren David Biro,¹⁵⁷ *Vital signs. A young doctor's struggle with cancer* (1983) av barnläkaren Fitzhugh Mullan (1983),¹⁵⁸ *A taste of my own medicine. When the doctor is the patient* (1988) av reumatologen Edward Rosenbaum¹⁵⁹ och för svensk räkning *Cancerland tur & retur. Livet som läkare och patient* (2016) av gynekologen Karin Wahlberg.¹⁶⁰ En på senare år särskilt uppmärksammat cancerschildring är den

¹⁵¹ Häggblom (2007), "Patografien - den sjukes egen journal" s.3549.

¹⁵² Susan Sontag (1981), *Sjukdom som metafor*, Uppsala: Brombergs, s.7.

¹⁵³ Häggblom (2007), "Patografien - den sjukes egen journal" s.3549.

¹⁵⁴ Anne Hunsaker Hawkins (1999), "Pathography: patient narratives of illness" *West J Med* vol.171, s.127.

¹⁵⁵ Dellson (2015), *Väggen*.

¹⁵⁶ Niklas Nygren (2017), *Ett slut en början. En psykiaters funderingar kring sitt utmattningssyndrom*, Alingsås: Parus förlag.

¹⁵⁷ David Biro (2000), *One hundred days. My unexpected journey from doctor to patient*, New York: Vintage Books.

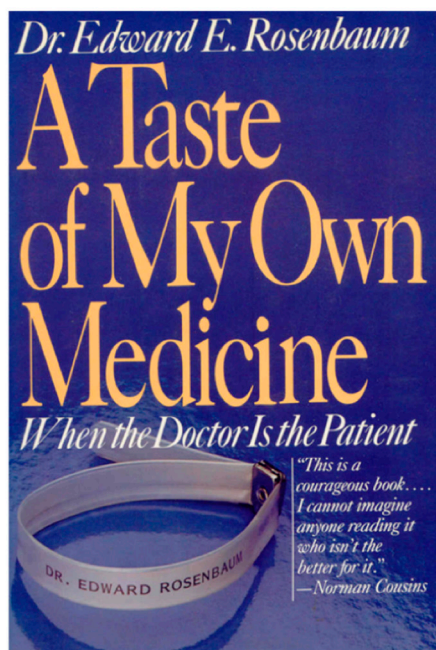
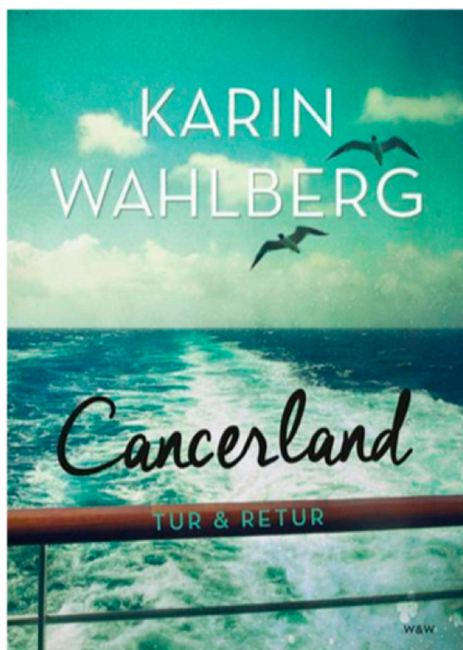
¹⁵⁸ Mullan (1983), *Vital Signs*.

¹⁵⁹ Edward Rosenbaum (1988), *A taste of my own medicine. When the doctor is the patient*, New York: Random House.

¹⁶⁰ Karin Wahlberg (2016), *Cancerland tur & retur. Livet som läkare och patient*, Stockholm: Wahlström & Widstrand.

amerikanske neurokirurgen Paul Kalanithis *When breath becomes air* (2016), som på nära håll beskriver ett sjukdomsförlopp, från de första symtomen av lungcancer till författarens död vid trettiosju års ålder. I Kalanithis patografiska vittnesmål är den dubbla tillhörigheten som läkare och patient ständigt närvarande, t.ex. i skildringen av hur han läggs in på sitt eget sjukhus, en på samma gång välbekant och ny erfarenhet:

I received the plastic arm bracelet all patients wear, put on a familiar light blue hospital gown, walked past the nurses I knew by name, and was checked in to a room – the same room where I had seen hundreds of patients over the years. In this room, I had sat with patients and explained terminal diagnoses and complex operations; in this room I had congratulated patients on being cured of a disease and seen their happiness at being returned to their lives; in this room I had pronounced patients dead. I had sat in the chairs, washed my hands in the sink, scrawled instructions on the marker board, changed the calendar. I had even, in moments of utter exhaustion, longed to lie down in this bed and sleep. Now I lay there, wide awake.¹⁶¹



Två läkarpatografier om cancersjukdom

Karin Wahlbergs *Cancerland tur & retur. Livet som läkare och patient* (2016) och Edward Rosenbaums *A Taste of My Own Medicine. When the Doctor Is the Patient* (1988) är två patografier som reflekterar över läkarens möte med egen sjukdom. Formgivning av omslaget till *Cancerland tur & retur*: Elsa Wohlfahrt Larsson.

¹⁶¹ Paul Kalanithi (2016), *When breath becomes air*, London: Penguin Random House, s.16.

Sedan början av 1980-talet har antalet patografier på bokmarknaden ökat närmast exponentiellt.¹⁶² Den fråga man i sammanhanget ställer sig är hur detta växande intresse ska förstås; vilken som är drivkraften bakom denna trend. Angränsande är också frågan om den patografiska genrens instrumentella potential, dvs. vad de patografiska skildringarna kan fylla för funktion. En viktig distinktion går här mellan författarens bevekelsegrund att skriva och läsarens önskan att ta del av dessa skildringar.

En viss förskjutning i det uttryckliga syftet med att självbiografiskt beskriva egen sjukdom tycks ha ägt rum över tid. I *Reconstructing illness. Studies in Pathography* (1999) tycker sig litteraturvetaren Anne Hunsaker-Hawkins se fyra olika trender.¹⁶³ Patografier från tiden fram till 70-talets början är, enligt Hawkins, oftast medicinska vittnesmål skrivna i syfte att förmedla en erfarenhet till andra i en liknande situation. Att berätta om ett sjukdomsförlopp och beskriva tillvaron under tiden från diagnos till behandling och bot. Tonen i dessa böcker visavi sjukvården är oftast neutral eller övervägande positiv och beskriver rättframt vad patienten varit med om, från insjuknande till tillfrisknande.

I slutet av 1970-talet uppenbarar sig så en ny typ av patografier, där författaren i ökad utsträckning går i polemik med hur hon eller han upplever sig ha blivit omhändertagen av sjukvården. Dessa skildringar förmedlar en brist på tillit och en skepsis gentemot det medicinska etablissemangen, och ger en bild av vårdapparaten som fjärrad från den enskilda individens egen upplevelse.¹⁶⁴

En tredje trend, som delar skepsisen gentemot skolmedicinen, uppenbarar sig strax därefter. Dessa skildringar är mindre inriktade på att ”göra upp” med det medicinska etablissemangen och handlar istället mer om att söka alternativa behandlingsmetoder. För dessa författare framstår skolmedicinen som en i mängden av tänkbara strategier i sökandet efter bot och lindring, strategier som ofta används samtidigt eller omväxlande med varandra.

Slutligen tycker sig Hawkins under 1990-talet ha lagt märke till en typ av patografier, där civilisationskritik utgör budskapets kärna. I dessa böcker söks sjukdomens orsak i vårt samhälles uppbyggnad med dess inneboende destruktivitet i form av stress, kemikalier och andra hälsovådliga inslag.¹⁶⁵

Olika drivkrafter bakom patografiernas tillblivelse kan således skönjas över tid, relaterat till hur synen på vården och till samhället i stort har förändrats. Fyra trender där utvecklingen har gått från en erfarenhetsförmedlande ambition, via skolmedicinsk skepsis, alternativmedicinsk tilltro och slutligen vidgad civilisationskritik. En sådan

¹⁶² Jeffrey K. Aronson (2000), “Autopathography: the patient’s tale” *BMJ* vol.321, s.1600.

¹⁶³ Hawkins (1999), *Reconstructing illness*, s.4f.

¹⁶⁴ *Ibid.*, s.6.

¹⁶⁵ Hawkins (1999), “Pathography: patient narratives of illness” s.129.

förändring över tid kan också sägas gälla läkarpatografierna, med undantag för sökandet efter alternativmedicinska metoder vilket förekommer i mycket liten utsträckning bland de läkare som väljer att skriva om egen sjukdomsupplevelse. I synen på sjukdomens fysiologiska orsak och medicinska behandling är flertalet läkare istället, av naturliga skäl, ofta fast förankrade i den biomedicinska föreställningsvärld de skolats in i. Däremot löper som en röd tråd genom så gott som samtliga läkarpatografier en beskrivning av hur sjukdomen förändrat synen på vad ett gott bemötande, ett inlyssnande och inkännande förhållningssätt är, liksom hur detta ofta upplevs som en bristvara i kontakten med vården. Så skriver t.ex. internmedicinaren Harrison F. Wood om hur erfarenheten av att vårdas inneliggande för ett blödande magsår förändrat hans syn på läkaryrket:

I believe that my illnesses have made me a more compassionate physician than I would otherwise have been. They taught me to really listen to patients and to try to comprehend them as total beings in the context of their families, work, and strivings. It changed them from isolated cases to people with medical problems in a social context. I am not describing holistic medicine but rather medicine as a humanistic as well as scientific discipline.¹⁶⁶

En liknande insikt om hur den egna sjukdomserfarenheten gett nya redskap i den fortsatta läkargärningen ger också den barnläkare som under pseudonymen Louise Redmond beskriver sitt insjuknande i en djup depression.

The human condition afflicts us all in one way or another. If I have this weakness, I also have some talent, and I will use it to help my patients as my therapist has helped me. With all our sophisticated technology, the medical profession is effective insofar as we, its practitioners, inspire trust and confidence. [...] To listen, to emphasize, to walk in my patients' shoes, weak though I be – these are the measures of my worth as physician and healer.¹⁶⁷

Utöver de ovan formulerade trenderna går det också att finna mer riktade motiv bakom det patografiska skrivandet. Ett sätt att särskilja dessa kan vara genom att använda distinktionen mellan patografen som *produkt* och *process*, dvs. i vilken mån det är patografen som meningsbärande dokument eller själva skrivprocessen i sig som gett upphov till önskan att berätta.

När det övergripande syftet med skrivandet är en önskan att förmedla sina upplevelser till andra kan patografen i första hand betraktas som en erfarenhetsförmedlande

¹⁶⁶ Harrison F. Wood (1987), "Duodenal ulcer" *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell & Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.264f.

¹⁶⁷ Redmond Louise (pseud.) (1987), "Depression" *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell & Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.150.

produkt. På samma sätt kan viljan att peka ut upplevda brister i sjukvården eller förhoppningen att man med sin skildring lyfter ett stigma, t.ex. kring psykisk sjukdom, betraktas som skäl hemmahörande inom denna kategori.¹⁶⁸ Ibland kan patografin som produkt fylla funktionen att få omvärlden att förstå den sjukes belägenhet. Att förmedla en insikt eller framlägga en protest i syfte att känna sig mindre missförstådd.¹⁶⁹ Ett sådant exempel är psykiatern Judith Brice's skildring av utsattheten i samband med en längre vårdvistelse på 70-talet för ett skov av ulcerös kolit.

The unwritten rules of the hospital were corrosive to my fragile identity. Already alienated from my body, I felt more and more fragmented as the staff's concept of my identity diverged from the person I felt I was.¹⁷⁰

Andra bakomliggande syften med skrivandet som produkt kan vara en sedan länge närd författardröm ibland kopplat till en önskan om att med det patografiska skrivandet överlämna någonting till sina efterlevande. ”I came to tell the story, partly to leave something behind if I died” skriver barnläkaren Fitzhugh Mullan på frågan varför han valde att skriva om sin cancersjukdom.¹⁷¹

Det är välbelagt att kreativt skapande kan ha hälsofrämjande effekter. Genom själva skapandeprocessen sker ett introspektivt sorterande av känslomässiga upplevelser som då också medvetandegörs för individen. Det konstnärliga skapandet är nuförtiden en etablerad behandlingsform inom sjukvården företrädesvis genom bild- och musikerapi, men med växande belägg för att positiva effekter också kan komma ur det litterära gestaltandet av sjukdom.¹⁷² *Processen* i själva skapelseakten med andra ord, som drivkraft bakom det patografiska skrivandet. Hawkins hävdar att en gemensam nämnare för alla patografier är att “the act of writing in some way seems to facilitate recovery: the healing of the whole person.”¹⁷³ Ett nyckelord bakom denna process är *meningsskapande*, en känsla av hemhörighet i kroppen och vardagen efter att sjukdomen satt tillvaron gungning. Den svenske filosofen Fredrik Svenaeus konstaterar att sjukdomen får en ”grundläggande hemlöshet [att] komma till ytan och genomstämma existensen.”¹⁷⁴ Att då införliva sjukdomen med föreställningen om livet kan bli ett steg på vägen mot ett

¹⁶⁸ Aronson (2000), “Autopathography: the patient's tale” s.1600.

¹⁶⁹ John Wiltshire (2000), “Biography, Pathography, and the Recovery of Meaning” *The Cambridge Quarterly* vol.29, s.412.

¹⁷⁰ Judith A. Brice (1987), “Ulcerative colitis and avascular necrosis of hips,” *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell & Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.175.

¹⁷¹ Mullan (1983), *Vital Signs*, s.xi.

¹⁷² Kristine L. Haertl, Ero-Phillips A. (2017), “The healing properties of writing for persons with mental health conditions” *Arts & Health* vol.11, s.15-25.

¹⁷³ Hawkins (1999), “Pathography: patient narratives of illness” s.129.

¹⁷⁴ Fredrik Svenaeus (2003), *Sjukdomens mening*, Stockholm: Natur och Kultur, s.76.

förnyat välbefinnande. Ibland kallas denna process för *formulation*, ibland för *katharsis*.¹⁷⁵ Gemensam är föreställningen om det kreativa textskapandets inneboende kraft.

Det förra sekelskiftets celebritetsdoktor Axel Munthe, var en av de läkare som tidigt gav uttryck för, vad han själv betecknar ”skrivbläckbehandlings” möjlighet att mildra den egna ohälsan. Det handlade för Munthes del om sömnsvårigheter och regelbundet återkommande depressioner. I förordet till *Boken om San Michele* (1929) skriver han:

När jag hörde upp att sova, började jag skriva denna bok, sedan mildare läkemedel visat sig överksamma. Vad mig själv beträffar, har resultatet varit utmärkt.¹⁷⁶

Denna skrivprocessens helande funktion nämns också av Fitzugh Mullan när han anger att författandet ”helped relieve my anger at my condition.”¹⁷⁷ I förordet till antologin *When doctors are patients* (1952) uppger på samma sätt redaktörerna Max Pinner och Benjamin Miller att skrivandet tjänat som en form av terapi för många av de bidragande läkarförfattarna: ”Quite a few contributors have stated spontaneously that in writing their reports [...] they felt a welcome and relieving catharsis.”¹⁷⁸

Anne Hunsaker-Hawkins menar att just i meningsbyggandet ligger en viktig förklaring till varför patografin som genre expanderat så under 1900-talets andra hälft. Tidigare, när religionens inflytande var större och mänsklighetens anspråk på kontroll över tillvaron mindre, var sjukdom och död betraktade som naturliga, om än oönskade anhalter längs livets väg. Idag när religionens ställning inte är lika självklar har vi betydligt svårare att acceptera sjukdom och död. Meningen med tillvaron inklusive sjukdomen finns inte på samma sätt given, utan måste istället aktivt sökas. Författandet av patografier blir ett led i detta sökande.¹⁷⁹

¹⁷⁵ Aronson (2000), “Autopathography: the patient’s tale” s.1599.

¹⁷⁶ Axel Munthe (1933), *Boken om San Michele*, Stockholm: Åhlen & Åkerlunds boktryckeri, s.23-24.

¹⁷⁷ Mullan (1983), *Vital Signs*, s.xi.

¹⁷⁸ Max Pinner (1952), ”Preface” *When doctors are patients*, red. Max Pinner & Benjamin Miller, New York: W.W. Norton & Co, s.xiv.

¹⁷⁹ Hawkins (1999), *Reconstructing illness*, s.24.

Problemområdets framväxt och metodologiska differentiering

På följande sidor beskrivs de olika materialtyper och metoder som använts under 1900- och 2000-tal i kartläggningen av sjukdom och vårdsökarbeteende bland läkare. Här ges också en närmare beskrivning av avhandlingsarbetets metodologiska vägval, vad ett hermeneutiskt tolkningsarbete innebär, samt varför just det patografiska vittnesmålet valts ut som studiens primärmaterial.

Kartläggningen av läkarkårens hälsotillstånd är ett kunskapsfält vars rötter kan spåras till senare delen av 1800-talet. Då var det framförallt en växande missbruksproblematik bland läkare som uppmärksammades i den akademiska litteraturen.¹⁸⁰ Omkring sekelskiftet 1900 kom också rapporter om en förmodad överrepresentation av kärlekskramp inom kåren. Det var en föreställning som skulle leva kvar åtminstone fram till mitten av 1900-talet och som ansågs nära förbunden med den stress som läkare var utsatta för i sin yrkesvardag.^{181,182} Utöver dessa studier riktade mot specifika sjukdomskategorier härstammar från 1800-talet också flera försök att i ett bredare perspektiv kartlägga sjukdom och ohälsa inom läkarkollegiet. Den norske läkaren F.C. Kier stod för ett av de mer ambitiösa initiativen då han på 1870-talet uppmanade norska läkare att rapportera in sina egenupplevda sjukdomar. I flera volymer redovisade Kier ett panorama av ohälsa bland majoriteten av sin samtids norska läkarkår.^{183,184} För svensk räkning gjordes en liknande om än mindre omfattande sammanställning till

¹⁸⁰ J.B. Mattison (1883), "Opium addiction among medical men" *Medical Record*, vol.23, s.621.

¹⁸¹ William Osler (1910), "The Lumleian Lectures on Angina Pectoris" *The Lancet* vol.175, s.697–702.

¹⁸² Smith (1937), "Incidence of coronary sclerosis among physicians as compared with members of other occupations" s.1329.

¹⁸³ F.C. Kiaer (1873), *Norges Laeger i det nittende Aarhundrede (1800-1871)* Christiania: A. Cammermeyer.

¹⁸⁴ Elin Rosvold (1996), "A day in the life of a country doctor – Occupational hazards in general practice in the Nineteenth century" *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*, red. Øivind Larsen, Canton Massachusetts: Science History Publications, s.189-202.

1880 års provinsialläkarmöte där dödsorsak för 126 provinsialläkare ”som aflidit under åren 1840-1879” beskrevs.¹⁸⁵

I dessa tidiga kartläggningar var det i första hand kvantitativa data som redovisades i syfte att i tabellform peka på prevalenser och incidenser. En mer omfattande utforskning av läkarkårens självreflektion i sjukdomen dröjde till år 1929. Då publicerade den tyske socialmedicinaren Alfred Grotjahn (1869-1931) bokverket *Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichten in ärztlichen Selbstschilderungen* (1929). Det var en imponerande volym bestående av närmare 140 fallrapporter om sjukdom bland läkare; från 1500-talets pesthärjningar till sin samtids morfinism.¹⁸⁶

Enkätstudier och intervjustudier

Enkätstudien är den metod som åtminstone sedan 1970-talet dominerat kartläggningen av ämnesområdet 'läkaren som patient'. Merparten av dessa studier har följt det spår som lades ut redan under 1800-talet med särskilt fokus på drogmissbruk och mental ohälsa. Utöver en rent deskriptiv ambition finns i dessa studier också en föresats att bidra med handfasta råd till kollegorna i den missbrukande läkarens omgivning. "The impaired physician" är en återkommande benämning på den läkare som till följd av missbruk inte längre klarar av att upprätthålla sitt arbete.^{187,188} Att just missbruk bland läkare blivit föremål för en så omfattande akademisk uppmärksamhet har flera orsaker. Den tillgång till narkotikaklassade läkemedel som följer med förskrivningsrätten har i sig medfört en faktisk överkonsumtion inom kåren. Men också andra faktorer har spelat in, såsom risken för att drogmissbrukande kollegor kunnat orsaka skada, både för patienterna och för läkarkåren i stort.

Någonstans under 1980-talet vidgas studieintresset till en kartläggning av andra aspekter av sjukdom bland läkare än just diagnoser och sjukdomssymtom. Fortfarande med enkäten som främsta metod börjar forskningsprojekt ta form som strävar efter att förstå läkarens *agerande* i samband med egen sjukdom. Det övergripande syftet är nu inte längre begränsat till att kartlägga omfattningen av en viss diagnos eller hälsoproblematik. Istället handlar det om att försöka förstå ett *vårdbeteende*, dvs. läkares

¹⁸⁵ Peter Nilsson, Jönsson B. (1995), "Dödsorsaker bland svenska provinsialläkare 1840-1879" *Allmänmedicin* vol.16, s.30-31.

¹⁸⁶ Alfred Grotjahn (1929), *Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichten in ärztlichen Selbstschilderungen*, Leipzig: G Thieme.

¹⁸⁷ Jan R. Flynn (1980), "Treating the impaired physician: the hospital's role" *Hospital Progress* vol.61, s.44-47.

¹⁸⁸ J.F. Nicholson (1980), "The Impaired Physician: Some Coping Mechanisms" *Canadian Family Physician*, vol.26, s.833-855.

agerande vid egen ohälsa och hur läkarna upplever möjligheten att söka vård på de villkor de själva önskar. Problematiken att förena de dubbla rollerna – läkare och patient – förs i dessa studier allt oftare fram som en viktig förklaringsmodell till det upplevda dilemma som många läkare vittnar om. Detta att läkartillhörigheten inte alltid utgjorde en fördel vid egen ohälsa, utan rentav kunde bli en besvärande omständighet, var en dimension som i tidigare studier på sin höjd hade förekommit antydningssvis. Från och med början av 1980-talet blir det annorlunda och i ett stort antal vetenskapliga artiklar har sedan dess bilden av en yrkeskår tyngd av en delvis oändamålsenlig självbild tagit form.

Studierna från 70-talet och framåt har bidragit med flera viktiga lärdomar. De har visat att den utmaning sjuka läkare står inför inte nödvändigtvis är varken enklare eller svårare än för gemene man, men av ett annat slag. De har också fäst uppmärksamheten på de många informella dörrar in till sjukvården som står öppna för läkare. Enkätstudien närmar sig framgångsrikt frågan *hur* läkare betar sig när de själva blir sjuka: hur de uppmärksammar sina symtom, hur de söker vård, hur deras sjukdomar utreds och hur uppföljningen ser ut.

Vad dessa studier inte lika ofta lyckas med är att nå bortom detta *hur* för att också förstå de bakomliggande mekanismerna till läkarkårens agerande vid egen ohälsa. Här har istället intervjustudien under 2000-talet vunnit mark som en metod för att ringa in själva upplevelsen av sjukdom. I intervjusamtal med sjuka läkare kan samspelet med vården behandlas, liksom känslorna inför att träda in i patientrollen. Frågan *hur* läkarna agerat vid egen sjukdom är, liksom i enkätstudierna, närvarande, men viktigast är nu istället frågan *varför*. I intervjustudierna får läkarna komma till tals med sina egna ord och är inte längre bundna av enkätformulärens begränsade svarsalternativ. Här kan informanterna utveckla tankar och resonemang och – med en nyansrikedom som också innefattar psykologiska och sociologiska aspekter – närma sig själva *erfarenheten* av sjukdom. Den ökade problematisering som blir möjlig genom intervjuförfarandet märks också i de artiklar dessa intervjustudier ger upphov till. Medan enkätstudierna föreslår orsakssamband och kartlägger beteendemönster öppnar intervjustudierna för en djupare och personligare perspektivering. Medan enkätstudiernas titlar vanligtvis innehåller formuleringar som ”association between” och ”comparison of factors”^{189,190}

¹⁸⁹ Mari Eneroth, Sendén Gustafsson M., Løvseth L.T., Schenck-Gustafsson K., Fridner A. (2014), ”A comparison of risk and protective factors related to suicide ideation among residents and specialists in academic medicine” *BMC Public Health*, vol.14:271.

¹⁹⁰ Lise Tevik Løvseth et.al., (2013) ”Associations between confidentiality requirements, support seeking and burnout among university hospital physicians in Norway, Sweden, Iceland and Italy (the HOUPE study)”.

har intervjuartiklarna titlar som *Illness doesn't belong to us*,¹⁹¹ eller *The perspective of the sick doctor*.¹⁹²

Förutom de intervjubaserade artiklar som finns om läkaren som patient förtjänar också två böcker att lyftas fram: norska *Syk lege. En presentasjon gjennom 88 legers stemmer* (2001) av Vigdis Moe Christie¹⁹³ och amerikanska *When doctors become patients* (2008) av Robert Klitzman.¹⁹⁴ I dessa vittnesmålsskildringar har intervjuer sammanställts med ett hundratal läkare om erfarenheterna av egen sjukdom. Resultatet är två volymer som båda på djupet problematiserar vad det innebär att som läkare själv bli sjuk.¹⁹⁵

Intervjustudierna har på ett välbehövligt sätt kompletterat enkätstudierna genom sitt problematiserande snarare än kvantifierande anslag. Samtidigt är också intervjustudien bunden till en form som inte nödvändigtvis passar alla personer och situationer. Det handlar om muntlig utfrågning i realtid utifrån en förutbestämd checklista konstruerad av forskaren där somliga perspektiv premieras på bekostnad av andra. Det är därför möjligt att också intervjustudierna missar viktiga aspekter av den sjukdomsdrabbade läkarens upplevelse. Aspekter som är möjliga att lyfta på annat sätt i andra sammanhang.

Från dokumentärt material till fiktiva texter

I detta avhandlingsarbete är det varken enkät- eller intervjustudien som utgör det huvudsakliga underlaget; utan istället den litterära berättelsen. Därmed tas ytterligare ett steg bort från protokollstyrd datainsamling, i riktning mot en friare form av erfarenhetsförmedling. Genom att ta del av läkarpatienternas nedtecknade berättelser om sjukdom får vi inblick i deras egna reflektioner utan den förutbestämda enkäten eller intervjusituationens styrda möte som filter. Naturligtvis omges också ett litterärt vittnesmål av en mer eller mindre tvingande formalia. Enligt den franske filosofen Paul Ricoeur växer varje berättelse, muntlig såväl som skriftlig, fram utifrån en

¹⁹¹ Christopher McKevitt, Morgan M. (1997), "Illness doesn't belong to us" *J R Soc Med* vol.90, s.491-495.

¹⁹² Benedicte Ingstad, Moe Christie V. (2001), "Encounters with illness: The perspective of the sick doctor" *Anthropology & Medicine* vol.8, s.201-210.

¹⁹³ Vigdis M. Christie (2001), *Syk lege. En presentasjon gjennom 88 legers stemmer*, Oslo: Unipub forlag.

¹⁹⁴ Robert Klitzman (2008), *When doctors become patients*, New York: Oxford University Press.

¹⁹⁵ Det finns också intervjustudier som intar ett omvänt perspektiv, dvs. där sjukvårdspersonal får svara på frågor om hur det är att vårda patienter som samtidigt är yrkeskollegor. Se t.ex. Mia Svantesson, Carlsson E., Prenkert M., Anderzén-Carlsson A. (2016), "Just so you know, the patient is staff: healthcare professionals' perceptions of caring for healthcare professional-patients" *BMJ Open* vol.6:e008507 och Kim E. Consalvo et.al. (2007), "Treating one of our own" *Clin J of Oncol Nurs* vol.11, s.227-231.

allmänmänsklig och någorlunda samstämd perceptionsmall – ”a pre-narrative quality of human experience.”¹⁹⁶ När berättelsen ifråga dessutom publiceras genom bok- och tidskriftsförlag styrda av ekonomiska hänsyn – som är fallet med de flesta av de litterära sjukdomsskildringar som undersöks i denna avhandling – då är det inte längre så att de skrivande läkarna hanterat sin text helt utan begränsande ramar. Men till skillnad från enkät- och intervjustudien finns i den litterära formen en möjlighet att låta vittnesmålet växa fram i den takt författaren själv föredrar. Att gå igenom sin sjukdomsskildring och slipa formuleringar för att så nyanserat och preciserat som möjligt förmedla upplevelsen av sjukdom och sjukroll. I den bemärkelsen står den patografiska skildringen sannolikt närmare den verkliga erfarenheten av sjukdom än ett enkätsvar gör.

Demografiska sammanställningar med hjälp av registerutdrag och enkäter må vara överlägsna för att kartlägga trender på gruppnivå. Vill man däremot nå bortom de korrelationer som enkätstudierna redovisar och fånga något av läkarpatientens upplevelse i dess känslö- och förnuftsmässiga komplexitet, då behövs ett annat primärmaterial. Vill man dessutom ta del av en sammanhängande skildring som utgår från den enskilda individen, då är de patografiska texterna – de nedtecknade narrativen – kanske det enda material som finns att tillgå. För en avhandling som därtill söker ett historiskt jämförande perspektiv finns också en annan viktig aspekt att väga in i valet av metod, nämligen den tvingande förutsättningen att använda sig av det material som redan finns. Svunna tiders läkare kan varken fylla i enkäter eller intervjuas, däremot har de inte så sällan skapat texter där de beskriver egen sjukdom och kontakt med sjukvård. I en studie som syftar till att retrospektivt kartlägga enskilda läkares erfarenhet av ohälsa måste därför den biografiska texten vara ett givet primärmaterial.

Värt att notera är att de självbiografiska texterna i några av delstudierna kompletteras med mer eller mindre fiktiva skildringar. En berättigad fråga är varför ett fenomen från verkligheten ska studeras med exempel från fiktionens värld, varför inte bara använda omedelbart verklighetsnära prosa? Flera skäl kan anföras. Mest uppenbar är kanske fiktionens förmåga att fånga aspekter av tillvaron på ett friare och därmed också mer nyanserat sätt än annan litteratur. Idéhistorikern Hilde Bondevik, som med både patientjournaler och skönlitterära skildringar kartlagt 1800-talets syn på hysteri, skriver att “together literature and medicine can provide a more complete [...] picture of the hysterical body and hysteria as a cultural diagnosis.”¹⁹⁷ I samma anda hävdar Geir Lorem att fiktion ”may open up aspects that cannot be dealt with empirically.”¹⁹⁸

¹⁹⁶ Paul Ricoeur (1991), ”Life in quest of narrative” *On Paul Ricoeur. Narrative and interpretation*, red. David Wood, London: Routledge, s.29.

¹⁹⁷ Hilde Bondevik (2010), ”Who’s afraid of Amelie Skram? Hysteria and Rebellion in Amelie Skram’s novels of mental hospitals” *Illness in Context*, red. Knut Johansson & Frederik Tygstrup. Amsterdam: Rodopi, 2010, s.183.

¹⁹⁸ Lorem (2008), ”Making sense of stories” s.64.

I själva verket är gränsen mellan fiktion och verklighet inte så skarp som man kanske vanligtvis tänker sig. Flera av de verk som behandlas i denna avhandling tar form i fiktionens förklädnad samtidigt som de i mångt och mycket baserar sig på egna erfarenheter. Hit hör bl.a. rysk-ukrainske författaren och läkaren Michail Bulgakovs novell *Morfin*, uppmärksammas i delarbete ett. Andra litterära verk är uppenbart fiktiva men rymmer ändå intressanta iakttagelser om läkarrollen eller gestaltar den sjukdomsdrabbade läkaren på ett sätt som säger något angeläget om den kulturhistoriska kontext där verket skapats. Ett sådant exempel som uppmärksammas i delarbete två är Franz Kafkas novellklassiker *En läkare på landet* (1919). Kanske är snarast det utpräglat biografiska och det utpräglat fiktiva att betrakta som två poler längs ett kontinuum där en mängd möjliga positioneringar erbjuds. Att då bortse från vad skönlitterära vittnesmål kan säga oss vore att negligera värdefulla allmänmänskliga erfarenheter. Eller som Bernhardsson skriver om skönlitteraturens roll för ämnesområdet medicinsk humaniora: ”Att utesluta litteraturen som en relevant källa till kunskap är att göra området betydligt fattigare än det förtjänar.”¹⁹⁹

Det finns också ett annat – mer filosofiskt – argument för att jag valt att inkludera skönlitterära skildringar. Det är föreställningen att fiktion och verklighet befinner sig i en sorts pågående växelverkan. I *Att tolka texten* (2002) konstaterar Palm att för den litteraturvetenskapligt inriktade tolkaren är texten ”samtidigt både skapad fiktion och återskapad verklighet”.²⁰⁰ Fiktionen lånar miljöer och skeenden ur den verklighet den avbildar. Men också det omvända äger giltighet, det vill säga verkligheten lånar, mer eller mindre omedvetet, tankemönster och förståelseperspektiv från fiktionen. Som kulturella varelser låter vi oss inspireras av de konstnärliga uttryck som omger oss. Den samlade fiktionen kan i den bemärkelsen ses som en kollektiv berättelse, som genom att påverka vår förståelse av tillvaron också får inflytande över hur vi uppfattar och skildrar verkligheten.

Somliga berättelser har mer än andra tagit sig in i vår kulturella begreppsvärld, det gäller särskilt sådana som är brett kända och som traderats över tid och generationer. Här intar kanske de religiösa myterna en särställning. Litteraturvetaren Anne Hunsaker-Hawkins är en av dem som påtalat att sjukdomsskildringar ofta kretsar just kring sådana kollektivt givna metaforer av mytologisk valör. Det kan handla om *resan* in i sjukvården, *kampen* mot sjukdomen eller *pånyttfödelsen* i samband med tillfrisknandet. Vår föreställning om oss själva och det vi upplever formas med andra ord i ständig dialog

¹⁹⁹ Bernhardsson (2010), *Litterära besvär*, s.55.

²⁰⁰ Anders Palm (2002), ”Att tolka texten” *Litteraturvetenskap. En inledning*, red. Staffan Bergsten, Lund: Studentlitteratur, s.199.

med de uttryck vi möter. ”People tell stories, but stories also tell people.”²⁰¹ Berättelser säger något om den som berättar, liksom om den kontext där berättelsen ifråga tar form.

Också Paul Ricoeur uppmärksammar denna växelverkan mellan verklighet och det berättade: ”we never cease to reinterpret the narrative identity that constitutes us, in the light of the narratives proposed to us by our culture.”²⁰² Varje människa rymmer en kulturell klangbotten av berättelser som bidrar till hur han eller hon förstår sig själv och sin omgivning. Den läkare som vittnar om egen sjukdomsupplevelse har också en sådan narrativ identitet, formad av ett kulturellt sammanhang av fiktiva såväl som biografiska skildringar om hälsa och ohälsa. På ett vetenskapsteoretiskt plan blir det därmed tydligt att verkligheten inte bara utgörs av faktiska skeenden där individer med fysisk utbredning i rum och tid agerar. Också påhittade berättelser kommer, genom att reflektera denna verklighet att påverka vår förståelse av den. Både den fiktiva och den dokumentära berättelsen kan därför, under förutsättning att ett tydligt redovisat tolkningsarbete görs, betraktas som möjliga konstruktioner och återspeglings av upplevd verklighet.

Utifrån resonemanget ovan blir det tydligt att avhandlingsarbetets ontologiska och epistemologiska utgångspunkter skiljer sig från de som vanligtvis gäller vid medicinsk fakultet. Att objektivt avtäcka verklighetens uppbyggnad, det naturvetenskapliga kunskapssökandets självklara strävan, har här aldrig varit målet. De texter som formar primärmaterialet för studien låter sig inte mätas och vägas på ett meningsskapande sätt, de har ingen fast och av mig som forskare oberoende struktur, utan tar form först när de om och om igen på ett reflekterande sätt processas i betraktarens medvetande. De sjukdomsdrabbade läkarnas vittnesmål är subjektiva skildringar av skeenden upplevda i ett socialt sammanhang och avkodade i ett annat. Frågan om de studerade läkarnas *sanna* upplevelse kan inte besvaras. Möjligen kan den *uppriktiga* upplevelsen av sjukdom och patientroll ha varit vad de skrivande läkarna önskat sätta på pränt. I min närläsning av deras vittnesmål är emellertid inte heller den uppriktiga upplevelsen tillgänglig för ett objektivt avkodande. Det som är möjligt är att i dialog med texten föreslå mer eller mindre kvalificerade och initierade tolkningar av det beskrivna.

Min vetenskapsteoretiska utgångspunkt för synen på tillvarons beskaffenhet – dess ontologi – blir därmed *relativistens* och synen på möjligheten att nå intersubjektiv kunskap om tillvaron – dess epistemologi – *subjektivistens*.²⁰³ Med en sådan vetenskapsteoretisk positionering måste valet av metodik sökas inom *hermeneutiken*. I

²⁰¹ Arthur Frank (Key note-anförande vid PhD-kursen, *Making sense of stories - Narrative approaches in Health Sciences and Medicine*, Oslo, 7-9 januari 2013).

²⁰² Ricoeur (1991), ”Life in quest of narrative” s.31.

²⁰³ David Marsh, Furlong P. (2010), ”A skin not a sweater: Ontology and Epistemology in Political Science” *Theory and Methods in Political Science*, red. David Marsh & Gerry Stoker, Hampshire: Palgrave Macmillan, s.184-210.

det följande kommer några av hermeneutikens grundprinciper att beskrivas mer utförligt liksom de vägval inom det hermeneutiska arbetsfältet som haft betydelse för utformningen av forskningsprojektet.

Narrativ hermeneutik – ett metodologiskt ramverk

Att förutsättningslöst närma sig en text, vilken som helst, är varken möjligt eller önskvärt. Tvärtom kräver varje form av menings sökande läsning att perspektiv anläggs och bearbetningar görs.²⁰⁴ In i den textanalytiska tolkningsprocessen bär läsaren alltid med sig sin egen föreställningsvärld. Personliga erfarenheter, tidigare läsupplevelser och i förväg formulerade hypoteser som formar vad man som läsare ser och inte ser. Denna avhandling utgör i den bemärkelsen inte något undantag. Utifrån läsningen av de texter, dokumentära och litterära, som analyseras är det *min* tolkning som redovisas. Så långt det är möjligt motiverar jag denna tolkning, resonerar kring den och förklarar dess grunder. Men det betyder inte att min närläsning är den rätta, eller att det inte finns andra möjliga sätt att närma sig de analyserade texterna. Berättelserna innehåller mer än vad jag väljer att lyfta fram. En annan läsare hade med säkerhet anlagt andra perspektiv och sett andra dimensioner. Varje tolkningsinriktning – varje hermeneutisk ansats – innebär i den bemärkelsen ”inte bara en möjlighet att förstå bättre utan också en begränsning eller avgränsning i förhållande till litteraturens totala möjlighet att betyda.”²⁰⁵ Men även om den tolkning jag gör bör ses som ett förslag till möjlig betydelse, så innebär det inte att alternativa tolkningar nödvändigtvis hade varit lika intressanta. Tvärtom är vissa tolkningar mer träffande, relevanta, intresseväckande och uppslagsrika än andra. Min förhoppning är att läsaren i intersubjektivt samförstånd ska dela uppfattningen att analyserna i avhandlingens delstudier är både välgrundade och meningsbärande, dvs. att de både ter sig rimliga och dessutom har något viktigt att säga oss.

Av central betydelse för att förstå ett tolkningsarbete är att klargöra den kontext i vilken tolkningen tar form. Det kontextuella sammanhang en text skrivs in i blir avgörande för de meningsinnehåll som kommer att uttydas. En kontext kan exempelvis vara biografisk eller tematisk, den kan vara ideologisk eller mytologisk. Den kan utgå från tolkarens nutid eller från författarens samtid. Den kan koncentrera sig uteslutande på den text som placerats under lupp eller den kan välja att lyfta blicken mot det intertextuella och ställa andra texter i relation till den tolkade. Möjligheten till kontextualisering är i princip oändlig och oftast är det flera olika kontexter snarare än

²⁰⁴ Bertil Carlsson (1991), *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap*, Uppsala: Almqvist & Wiksell s.16.

²⁰⁵ Palm (2002), *Att tolka texten*, s.192.

en enda som ligger till grund för den tolkning som tar form.²⁰⁶ I den här studien har jag valt att placera in texterna i tre vägledande kontexter, en *tematisk*, en *historisk* och en *dramaturgisk*.

Den tematiska kontexten

Urvalet av de elva narrativ som tolkas i avhandlingens delstudier har gjorts mot bakgrund av att de kan säga oss något om fenomenet 'läkaren som patient'. Det faktum att textförfattarna är just läkare eller att texterna behandlar läkare i en verklig, fiktiv eller symbolisk patientsituation har utgjort tolkningsarbetets överordnade tematik. Visserligen tar de gestaltade läkarna också form i de olika texterna utifrån andra karaktärsdrag än sin yrkestillhörighet. Några är äldre och andra yngre, några européer och andra amerikaner, några gifta och andra ogifta, några kvinnor och andra män. Men det är läkartillhörigheten de samtliga har gemensamt. Valet av just denna tematik är inte självklart. Man skulle mycket väl kunna tänka sig en studie som behandlade sjuklighet och vårdsockarbeteende inom fler och/eller andra av vårdens yrkeskategorier. Ett sådant exempel på temat överlappande roller i vården, men belyst från ett annat professionsperspektiv, är boken *Vården inifrån. När sjuksköterskan blir patient* (2012) av Petra Lilja Andersson.²⁰⁷

Att avgränsa projektet till just 'läkaren som patient' har tätt sig naturligt av flera skäl. Dels därför att tidigare genomförda enkät- och intervjubaserade studier här ringat in ett fält i behov av fördjupad kartläggning. Dels utifrån min egen yrkestillhörighet som läkare, liksom de goda möjligheterna att lokalisera en mångfald av vittnesmål från olika tids- och rumsliga sammanhang. Tre frågor har varit särskilt vägledande i det tematiskt kontextualiserade tolkningsarbetet:

- a. Hur beskriver texten läkarpatientens kontakt med sjukvården?
- b. Hur beskriver texten läkarpatientens relation till den egna sjukdomen och den sjuka kroppen?
- c. Vilket är textens övergripande tema?

Här kan man notera att c) har en mer summerande karaktär än a) och b) och att de svar som blir möjliga till c) i hög utsträckning också följer av resonemang kring a) och b). Men alla tre frågorna har sin specifika relevans och tillsammans kan de betraktas som den optik som gett förutsättningar för ett, både preciserat och samstämt tematiskt läsfokus av de olika texterna. De texter som valts har ibland varit skrivna av personer som är välkända för en bredare allmänhet, t.ex. Oliver Sacks och Michail Bulgakov. I

²⁰⁶ Anders Palm, (2000), "Kontext" *Tolv begrepp inom de estetiska konsterna*, red: Hans-Olof Boström, Stockholm: Carlssons, s.265.

²⁰⁷ Petra Lilja Andersson, Hommel A. (2012), *Vården inifrån. När sjuksköterskan blir patient*, Stockholm: Natur & Kultur.

dessa fall har det i tolkningsarbetet också varit naturligt att uppmärksamma biografiska omständigheter som kan spela roll för förståelsen av den erfarenhet som gestaltas. Men i flertalet fall är författarna till de texter som analyseras okända både för mig och för dem som tar del av mina tolkningar. Vad gäller de texter som är skrivna under pseudonym är inte ens ålder eller könstillhörighet med säkerhet möjligt att fastställa. Därför har den biografiska kontextualiseringen i samtliga närläsningar varit underordnad den tematiska.

Den historiska kontexten

Den andra kontext som väglett tolkningen har varit den historiska, och det i två olika avseenden. För det första har de olika texterna tillkommit under skilda tidsepoker och skildrar då också sinsemellan mycket olika sammanhang. Den medicinska kunskapsbasen och möjligheten till diagnostik och behandling var en helt annan i Michail Bulgakovs 1920-tal (se delarbete ett) än i John Mulligans 2000-tal (se delarbete fem).²⁰⁸ På samma sätt har den föreställningsvärld som omgärdat olika sjukdomar skiftat över tid, med mer eller mindre uttalade innebörder och stigmata kopplade till en och samma diagnos. I de delstudier som utgår från en specifik sjukdomskategori – särskilt delarbete ett om missbruk och fem om hjärtsjukdom – har jag därför önskat placera in vittnesmålen i ett tidsmässigt sammanhang genom att teckna ett kortfattat och översiktligt kulturhistoriskt porträtt av sjukdomen ifråga.

För det andra är den historiska kontexten också viktig att klargöra därför att samspelet mellan läkare och patient sett olika ut vid skilda tidpunkter. Här handlar det om att skriva in tolkningen av de olika texterna i de föreställningar om läkar- och patientrollens kännetecken som går att spåra inom olika tidsepoker. Den historiska kontexten och läkar-patientrelationens förändring över tid är ett ämne som beskrivs mer ingående från och med sidan 107.

Den dramaturgiska kontexten

Delvis överlappande med den historiska kontexten är också det tredje tolknings-sammanhang som väglett forskningsarbetet, nämligen det dramaturgiska. Föreställningen om medicinen som ett pågående drama är en tankemodell som lånats från sociologin och som jag valt att applicera på flera av avhandlingens delstudier. I synnerhet är det teorier formulerade av sociologerna Erving Goffman och Talcott Parsons som visat sig vägledande. En mer ingående redogörelse för den dramaturgiska tolkningsmöjligheten finns beskriven från och med sidan 93.

²⁰⁸ John P. Mulligan (2015), "View from the Other Side of the Stethoscope: The Doctor as Patient" EngagingPatients.org. www.engagingpatients.org/paths-to-patient-centered-care/view-side-stethoscope-doctor-patient/ (2019-04-25).

Källkritiska överväganden och sanningsanspråk

Med ett fåtal utvalda berättelser som underlag för tolkning blir kravet på källkritisk observans och distans ett *sine qua non* för avhandlingens trovärdighet. Det blir också viktigt att tydligt klargöra vilken *form* av kunskap det är som eftersträvas. De berättelser som valts ut kan aldrig göra anspråk på att skildra en totalitet. I samtliga delstudier har det generaliserade sanningsanspråket därför tonats ned till förmån till för det anspråk som istället handlar om att på ett nyanserat sätt kartlägga den individuella erfarenheten. Några p-värden och konfidensintervall kan inte redovisas i ett forskningsarbete som detta. Ledord är att *belysa* snarare än *bevisa*, att *förstå* snarare än *förklara* och att *problematisera* snarare än *kategorisera*. Det är i en sådan kvalitativ närläsning av personliga vittnesmål – vägled av de humanistiska vetenskapernas tolkningsverktyg – som hittills outnyttjade möjligheter kan finnas till fördjupad inblick i de erfarenheter, känslor och tankemässiga processer som omgärdar läkaren som patient.

En av de svenska filosofer som helt nyligen argumenterat för ett kunskapsinhämtande på kvalitativ, snarare än kvantitativ, grund är Jonna Bornemark. I boken *Det omätbaras renässans* (2018) reagerar Bornemark mot att vår tids syn på vetande i hög grad kommit att likställas med att objektivt insamla och sammanställa data. Det kvantifierbara har blivit det vi förväntas kunna lita på, som anses värdeneutralt och obefläckat av den mänskliga subjektiviteten. En epistemologisk syn på kunskapsinhämtande som något mekaniserat och av utföraren oberoende. Men, menar Bornemark, en sådan föreställning är bedräglig och riskerar att göra humanistiska kunskapsformer och mängden av gestaltande och beskrivande primärmaterial till något som underordnas naturvetenskapens sifferbaserade verklighetsskildring. Vi riskerar en missvisande bild av världen genom att bortse från att stora delar av vår förståelse om tillvaron aldrig kan uttryckas i kvantifierbar data. Bornemark pläderar istället för ett kunskapssökande som inte låter sig reduceras till avskalat mätande. För visserligen har tilltron till det mätbara

gett oss en värld som kan kontrolleras och beräknas. En värld som inte är nyckfull eller överlämnad till råa maktspel. En värld vi kan ha överblick över, men priset är att denna värld blir just främmande och avskuren från våra erfarenheter när den blir reducerad till matematiserbar materia.²⁰⁹

Kirsti Malterud, professor i allmänmedicin i Bergen, argumenterar i liknande ordalag för de icke-kvantifierande metodernas möjligheter att närma sig verkligheten. Kvalitativ forskning kan, menar Malterud

²⁰⁹ Jonna Bornemark (2018), *Det omätbaras renässans*, Stockholm: Volante, s.270.

öppna för forskning på områden där kunskapsunderlaget från början är tunt, där den problemställning vi ska utforska är sammansatt och komplex och där vi är öppna för många olika möjliga svar.²¹⁰

Malterud ringar väl in de metodologiska förutsättningar som gäller för ämnesområdet 'läkaren som patient'.

När kvalitativa metoder – tolkning av vittnesmål – appliceras på en avgränsad skara individer – i det här fallet sjukdomsdrabbade läkare – ligger det också nära till hands att aktualisera den *etnografiska* forskningstradition där just beteenden och föreställningar inom en grupp individer kartläggs. Kännetecknande för en etnografisk metodologi är att sociala såväl som kulturella och psykologiska aspekter tas i beaktande i ett försök att inta den andres perspektiv på tillvaron. Den etnografiskt orienterade forskaren är

concerned to find out how the members of the group/culture being studied understand things, the meanings they attach to happenings, the way they perceive their reality.²¹¹

I synen på hur berättelser kan representera kulturellt formade erfarenheter finns särskilt tydliga likheter mellan de studier som ingår i den här avhandlingen och det etnografiska anslaget. Det gäller inte minst i hur livsberättelser – *life histories* – inom etnografien ses som meningsbärande material med möjlighet att överbrygga kulturella och tidsmässiga avstånd mellan betraktaren och den betraktade. Martyn Denscombe skriver om livsberättelsens roll för den etnografiskt orienterade forskaren:

what life histories share is an approach that uses the in-depth study of an individual's life in order to get a grasp on their experiences and thinking in a way that links these to the cultural, social and historical circumstances in which they occur.²¹²

Livsberättelserna blir med andra ord ett sätt att dela en upplevelsehorisont med någon annan och ta del av den personens tankevärld utifrån den kontext där personen levde och verkade. Den här avhandlingen är inte en etnografisk studie, men har låtit sig inspireras av etnografins kunskapsteoretiska grundsyn i så måtto att tolkningarna av enskilda narrativ perspektiveras i relation till deras kulturella sammanhang.

²¹⁰ Kirsti Malterud (2009), *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion*, Lund: Studentlitteratur, s.32.

²¹¹ Martyn Denscombe, (2010), *The good research guide. For small scale social research projects*, Maidenhead: McGraw-Hill Education, s.83

²¹² Ibid., s.83.

Texturvalets representativitet

Ur källkritisk synvinkel är det viktigt att fundera över risken för subjektiv vinkling – *bias* – i de analyserade vittnesmålen. Av allt att döma är de läkare som väljer att lägga tid och kraft på att nedteckna sin personliga sjukdomsupplevelse en selekterad skara av litterärt initierade personer. En del av dessa som Oliver Sacks och Karin Wahlberg har parallellt med sin yrkesgärning som läkare också etablerat sig som författare. Frågan om representativitet i den erfarenhet som framträder i deras sjukdomsskildringar blir därmed oundviklig. Som svar skulle man kunna anföra att det kanske bara är den yrkesmässigt skrivande läkaren som behärskar språket i tillräckligt hög grad för att kunna skildra upplevelsen av sjukdom och vård på ett nyanserat och verkligt reflekterande sätt. Det är emellertid en i mitt tycke tveksam uppfattning, gränsande till en elitistisk syn på skrivprocessen. För flertalet av de vittnesmålsskildringar som berörs i avhandlingens fem delstudier är det patografiska berättandet inte en yrkesutövning.

Det starkaste argumentet för mitt val av primärmaterial är emellertid avhandlingens lika begränsade som bestämda anspråk. Syftet med forskningsstudien är, som framgått, inte att dra generella slutsatser eller att fånga läkarkårens totala upplevelse. För den sortens fallstudier som här framläggs gäller istället att möjligheten till generalisering måste tonas ned till förmån för möjligheten till nyansering. De patografiska texternas styrka är förmågan att hantera sociala och tankemässiga processer, att blottlägga olika schatteringar av mänskligt agerande med hänsyn tagen till läkarens person, position och situation.²¹³ Det vill säga när avhandlingens syften formuleras i termer av att vilja *belysa* snarare än bevisa, *förstå* snarare än förklara och *problematisera* snarare än kategorisera så blir samtidigt också frågan om snedvridning i det material som legat till grund för forskningsprojektet mindre avgörande.

En annan form av möjlig bias rör den enskilda individens skildrade sjukdomsupplevelse i förhållande till samma individs faktiska sjukdomsupplevelse. Självklart har de läkare som valt att skriva och offentliggöra sina patografiska vittnesmål inte delat med sig av *alla* de tankar och känslor de upplevt i sjukdomen. Erfarenheter kan ha varit alltför intima, stigmatiserade eller känslomässigt smärtsamma för att sättas på pränt. Kanske var det skälet till att Bulgakov på 1920-talet valde att skildra det egenupplevda morfinmissbruket i semifiktiv form, liksom att de två övriga patografiska vittnesmål om morfinism som uppmärksammas i delarbete ett – Dr RHKs på 50-talet och Dr Alms på 80-talet – är skrivna under pseudonym. På samma sätt går det för delarbete tre inte att veta i vilken utsträckning Israel Holmgren valt att utelämna delar av sina dagboksanteckningar i det material han publicerade i självbiografen *Mitt liv* (1959) eller i det brevmaterial han lämnade efter sig till arkiven vid Uppsala universitetsbibliotek. Det blir därför viktigt att betona att de narrativ som analyseras inte nödvändigtvis

²¹³ Ibid., s.62.

återspeglar författarens sanna eller ärligt återgivna upplevelse. Det som står till förfogande är istället den upplevelse som finns gestaltad som berättelse och det måste vara denna gestaltning snarare än den faktiska upplevelsen som tolkningsarbetet utgår från.

Den begränsning av sanningsanspråk som dessa källkritiska kommentarer medför kan vid ett första påseende tyckas reducera forskningsprojektet. Men samtidigt gäller ju samma förutsättning för varje form av gestaltande text utan att litteraturen för den sakens skull betraktas som en försumbar eller opålitlig särartsform för fördjupad människokänedom. Tvärtom äger få uttrycksformer samma grad av legitimitet som biografiska och litterära texter när det gäller att kunna visa på tankemönster och beteenden som kännetecknar vad det innebär att vara människa.

Textmaterial

Det patografiska textmaterial som legat till grund för avhandlingen kan delas in i fyra kategorier:

1. Utdrag ur levnadsteckningar
2. Personliga essäer
3. Fristående litterära verk
4. Antologibidrag

Här följer en närmare redogörelse för dessa fyra olika textslag med särskild tonvikt på fristående litterära verk och antologibidrag.

Utdrag ur levnadsteckningar

Att passager om sjukdom förekommer i självbiografiska verk är inte förvånande. Sjukdom är en omtumlande erfarenhet som ofta rubbar vardagen för den som drabbas. I de flesta biografiska skildringar utgör sjukdomen bara en mindre del av den större livshistoria som berättas, ibland bara en parentes i en skildring som i övrigt uppehåller sig främst vid författarens friska skeden i livet. I strikt bemärkelse utgör dessa texter därför inte några patografier. Ändå är materialet värdefullt eftersom det ger möjlighet att blicka långt bak i tid. Den främsta historiska källan till levnadsteckningar som berör sjukdom bland läkare är sannolikt *Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichten in ärztlichen Selbstschilderungen* (1929). Här återfinns ett sextiototal utdrag ur läkares egna självbiografier, sammanställda av bokens redaktör Alfred Grotjahn. Sjukdomarna spänner över ett brett spektrum, bl.a. hjärtneuros, ryggskott, gallstensoperation och tyfus.²¹⁴ Så beskriver t.ex. den italienske läkaren och matematikern Gerolamo Cardano (1501-1576) sitt insjuknande i pesten på följande vis:

²¹⁴ Grotjahn (1929), *Ärzte als Patienten*, s.v.

På den tredje dagen kunde jag inte längre sova, mitt hjärta darrade mycket, jag drabbades av hög feber och [...] starka stötter som oavbrutet kastade mig upp varpå jag sedan störtade ner i djupet. Då tänkte jag att jag skulle dö den natten.²¹⁵

Ett annat exempel inom samma textkategori är läkaren och professorn Israel Holmgrens sjukdomsbeskrivning i självbiografin *Mitt Liv* (1959), som utgör en viktig del av textunderlaget till delarbete tre. På samma sätt har också den svenske anatomen Folke Henschen i sina memoarer *Min långa väg till Salamanca* (1957) skrivit om händelseförloppet efter en våldsam trafikolycka där han bröt nacken. Liksom för Holmgren är också Henschen fast förankrad i sin läkaridentitet när han vid ankomsten till sjukhuset möter en välbekant miljö.

Vi tog bilen som jag stött ihop med, och for till sjukhuset, jag togs i rullstol in på olycksfall och röntgades, och snart samlades en lång rad av mina kamrater, Hellström, Åkerlund, Antoni och Olivencrona samt underläkare, alla mycket allvarliga och tysta, någon hade t.o.m. tårar i ögonen. [...] Efter en kort stund kom min fru och min dotter Gerda, min tillfälliga sekreterare. Jag dikterade för henne ett utlåtande över en mikroskopisk undersökning, som ej hade blivit färdig före middagen. Huvudet satt nu så fast som möjligt och jag kände mig tjock i bakre svalgväggen, fick blodblandat slem genom mun och näsa, hade lätta smärtor i nacken, när huvudet rördes, samt myrkröplingar i fingrarna, kände mig i övrigt så väl omhändertagen och fullkomligt lugn.²¹⁶

Dessa utdrag ur levnadsteckningar ger inblick in i en skrivande erfarenhet där sjukdomsupplevelsen tar form som en episod i en större livsberättelse.

Personliga essäer

I många medicinska tidskrifter – också av betydande vetenskaplig rang – finns någon eller några sidor ägnade åt personlig reflektion. Ofta beskrivs här i essäform tankeväckande anekdoter från kliniken eller intryck av företeelser sammanställda utan större anspråk på vetenskaplighet. Ibland är det återkommande kolumner där ett litet antal skribenter medverkar, men ofta är det tidskriftens egen läsekrets som bidrar med personliga avtryck. På dessa sidor kan man bland mycket annat också hitta läkare som skriver om upplevelsen av egen sjukdom. Det rör sig om koncisa texter som syftar till att väcka frågor snarare än att formulera möjliga svar. Ofta anger författarna att de delar med sig av sin egen sjukdomserfarenhet i tron att det kan bidra till ett förändrat

²¹⁵ Grotjahn (1929), *Ärzte als Patienten*, s.12, (svensk översättning av *Språkservice*).

²¹⁶ Folke Henschen (1957), *Min långa väg till Salamanca*, Stockholm: Bonnier, s.303.

omhändertagande av en särskild åkomma. Ett sådant exempel är psykiatern Martin Grotjahns redogörelse från 1982 av egenupplevd hjärtsjukdom, publicerad i *The Lancet* under rubriken: *The day I became old: the story of a physician*.²¹⁷ Två mer nutida exempel är, för svensk räkning, allmänläkaren och medicinalrådet Per G Swartlings erfarenhet av blodförgiftning beskriven i *Distriktsläkaren* 2013, liksom samma år ett kortare inlägg av psykiatern Herman Holm i *Läkartidningen*. Holm beskriver i sin text en överraskande erfarenhet av antibiotika som behandling mot diskbråcksrelaterade ryggsmärtor.²¹⁸

Via den danska tidningen *Politiken* snubblade jag över ett par artiklar om ett par kollegor i Aarhus som behandlat lumbago-ischias med pencillin och sett en remarkabel förbättring. [...] I somras fick jag säkert tio fästingbett, varav ett gav en snygg erythema migrans. »Nu har jag chansen«, tänkte jag. »Jag testar samma antibiotikum i ett par veckor.« [...] Efter drygt en vecka märkte jag att jag inte längre behövde rulla ur sängen. Att jag kunde resa mig utan att ta stöd med armarna mot knäna. Att jag inte längre fastnade när jag tog mig ur bilen. Placeboeffekt?²¹⁹

En genremässigt mer svårfångad text balanserande mellan biografi och fantasi är läkaren Axel Munthes litterära skiss *Hypokondri* (1896). Texten är tänkt att läsas som en fantiserad medicinsk fallredogörelse, berättad i tredje person. Samtidigt är det uppenbart att Munthe här redogör för de depressiva besvär som plågade honom mer eller mindre livet igenom:

Man omkring 30 år. Rörande sjukdomens uppkomst iakttar patienten en orubblig tystnad, det torde dock vara sannolikt att det onda daterar sig sedan flera år tillbaka. Yttre examen inget anmärkningsvärt – tvärtom. Stor hund i hämlarna. Energi föga utvecklad. Aktiva impulser inga. Ärelystnad rudimentär. Intelligens medelmåttig – kanske en smula däröver.²²⁰

Läsaren får också inblick i Munthes verkliga och skiftande försök att komma tillrätta med sin melankoliska läggning, genom att periodvis leva i stillsam enslighet och periodvis hänge sig åt intensivt arbete, ofta i olika katastrofhärdar.

²¹⁷ Martin Grotjahn (1982), "The day I became old: the story of a physician" *The Lancet* vol.319, s.441-442.

²¹⁸ Per G. Swartling (2013), "När doktorn blir patient" *Distriktsläkaren* nr.1, s.17-19.

²¹⁹ Herman Holm (2013), "Var penicillinkuren boten för mina kroniska lumbala ryggsmärtor" *Läkartidningen* vol.110:CIEC.

²²⁰ Axel Munthe (2007), "Hypokondri" *Brev och Skisser*, Lund: bookLund förlag, s.254.

Doktorn hade förgäves ordinerat lugnande och distraherande medel för hans sjuka sinne, isoleringskur på Capri under ett helt år, jordbävning på Ischia, kolera i Napoli m.m., men allt utan nämnvärt resultat. Återkommen till Paris hade patienten, ehuru med skönjbar ovilja, genomgått en kur med skrivbläckbehandling och i början känt sig bättre därav, men hade dock snart fallit tillbaka i sitt normala tillstånd av modlös förstämning.²²¹

I personliga essäer som dessa kan värdefulla kliniska erfarenheter rymmas, men också intressanta ledtrådar till läkarkårens professionsuppfattning och vårdsökarbeteende.

Patografiska verk

När den patografiska genren under andra hälften av 1900-talet växte sig stark var det delvis som ett resultat av bokförlagens ökade intresse att publicera sjukdomsskildringar. Lika avgörande var emellertid också den enskilde individens önskan att dela med sig av sina erfarenheter från sjukbädden. En del av dessa vittnesbörd är skrivna av patienter med läkarens yrkeserfarenhet och det är dessa böcker – jämte här nedan presenterade antologibidrag – som utgör avhandlingens främsta material. Idag finns ett relativt stort antal så kallade *läkarpatografier* där doktorer i detalj vittnar om den egna upplevelsen av en rad olika sjukdomar. En av de mer ryktbara författarna inom genren var neurologen Oliver Sacks (1933-2015). Hans patografi *A leg to stand on* (1984) har inte bara sålts i stora upplagor utan också gett upphov till en omfattande sekundärlitteratur.²²² Oliver Sacks bok – som med stilistisk träffsäkerhet skildrar insjuknande och konvalescens av en nerv- och muskelruptur i vänster ben – är en av de mest djupsinniga berättelserna inom den läkarpatografiska genren. Men det finns också många andra. Huvudsakligen rör det sig, i likhet med *A leg to stand on*, om engelskspråkig litteratur varav påfallande många är skrivna under 1980-talet. Hit hör bl.a. reumatologen Edward Rosenbaums skildring av stämbandscancer i *A taste of my own medicine* (1988) och barnläkaren Fitzhugh Mullans beskrivning av långt framskriden testikelcancer i *Vital signs. A young doctors struggle with cancer* (1983).^{223,224} En av de första svenskar som skildrade upplevelsen av att som läkare träda in i patientrollen var David Ingvar (1924-2000), läkare och professor i klinisk neurofysiologi vid Lunds universitet. I sin bok *Rapport från hjärnan* (1971) fogade han allra sist ett kapitel som avvek från tematiken redan genom sin titel: *Läkaren som patient*.

²²¹ Ibid.

²²² Sacks (1984), *A leg to stand on*.

²²³ Rosenbaum (1988), *A taste of my own medicine*.

²²⁴ Mullan (1983), *Vital Signs*.

Sinnesintryck från ett modernt sjukhus. Här beskrev Ingvar upplevelsen av att själv vårdas innerligt på ett icke namngivet sjukhus för en icke specificerad åkomma. Kapitlet är framförallt deskriptivt. Ingvar redogör i detalj för maten, de kala väggarna och sängarnas obekväma plastöverdrag. Men här finns också intressanta slutsatser om hur yrkesbakgrunden som läkare inverkar på hans patientupplevelse och den vård som erbjuds.

Den speciella psykologiska situation som föreligger mellan två läkare, varav en sjuk, kan skapa välbekanta problem. Det händer att man inte följer de riktlinjer för utredning och behandling som anges i läroböcker och föreläsningar – just därför att patienten är läkare. [...] Resultatet blir rapsodiska terapeutiska anvisningar och brist på uppföljning. När kallade ni en kollega till en kontroll sist?²²⁵

Bland mer samtida svenska läkarpatografier förtjänar psykiatern Clarence Crafoords bok *Hjärtats oro. Anteckningar från ett vardagligt sjukdomsfall* (2004) att lyftas fram.²²⁶ En självbiografisk skildring av läkarstudentens upplevelse av sjukdom är Anders Södergårds *Strålmannen* (2014), som skildrar författarens insjuknande i en hjärntumör som student på läkarutbildningens sjunde termin.²²⁷ Här ryms också böcker som inte är självbiografiska utan istället beskriver sjukdom bland läkare från ett utifrånperspektiv, t.ex. *The Tennis Partner* (1998) av läkaren och författaren Abraham Verghese, om en yngre kollegas stegvisa undergång i kokainmissbruk.²²⁸

²²⁵ David Ingvar (1971), *Rapport från hjärnan. Om medvetande, minne, sömn och drömmar*, Stockholm: Bonnier, s.118.

²²⁶ Clarence Crafoord (2004), *Hjärtats oro. Anteckningar från ett vardagligt sjukdomsfall*, Stockholm: Natur Kultur.

²²⁷ Anders Södergård (2014), *Strålmannen*, Vulkan Bokförlag.

²²⁸ Abraham Verghese (1998), *The tennis partner*, New York: Harper Perennial.



Konstnärlig gestaltning av läkaren som patient

Läkarpatografier skildrar läkarens upplevelse av egen sjukdom. Sjukdom och sjuklighet bland läkare finns också gestaltad inom bildkonsten. Målning utan titel av Olaf Hajek (2013).

Antologibidrag

Ett koncentrerat men till antalet mycket omfattande textmaterial är de antologier där läkare beskriver upplevelsen av egen ohälsa. Ofta rör det sig om korta texter, mellan tre till tjugo boksidor, som behandlar pågående eller genomgången sjukdom. Bidragen spänner över ett brett spektrum av diagnoser – somatisk såväl som psykisk sjukdom – och för det redaktionella arbetet står oftast en eller ett par personer. Redaktörerna är uteslutande själva läkare, ofta med egen erfarenhet av sjukdom. Att den egna sjukdomsupplevelsen varit en viktig del av incitamentet till antologiarbetet uttrycks inte bara i för- och efterord, utan återspeglas också genom att redaktörerna som regel själva bidrar med ett kapitel om egen sjukdomserfarenhet. De fem antologier som berörs i denna avhandling är, ordnade efter årtal för publicering:

- *När doktorn blir sjuk. Nio läkare berättar*, (1988). Redaktör: Herman Anker. Antal vittnesmål: 9st.²²⁹
- *When doctors get sick* (1987). Redaktör: Harvey Mandell och Howard Spiro. Antal vittnesmål: 50st.²³⁰
- *Sick Doctors* (1971). Redaktör: Raymond Greene. Antal vittnesmål: 44st.²³¹
- *When doctors are patients* (1952). Redaktör: Max Pinner och Benjamin Miller. Antal vittnesmål: 33st.²³²
- *Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichten in ärztlichen Selbstschilderungen* (1929) Redaktör: Alfred Grotjahn. Antal vittnesmål: 37st.²³³

Den yngsta antologin är norsk, den äldsta tysk och de tre däremellan anglosaxiska.²³⁴ Mest omfattande är Mandell och Spiros antologi där femtio olika läkare bidrar i en volym på 460 sidor. Tunnast är den norska antologin som rymmer nio vittnesmål. Tillsammans består dessa fem antologier av 173 texter där lika många olika läkare skildrar mötet med egen sjukdom. I samtliga fall har vittnesmålen tillkommit specifikt för antologin ifråga, det vill säga redaktörerna har genom personliga nätverk och/eller annonsering i press lokaliserat läkare som önskat dela med sig av sina sjukdomsupplevelser. I likhet med den situation som gäller vid intervjustudier är det rimligt att författarnas medvetenhet om publiceringssyftet i någon mån påverkat vad de valt att beskriva och vad de utelämnat. Samtidigt förekommer i alla fem antologierna möjligheten att bidra under pseudonym, vilket möjligen minskat risken för att vittnesmål tillrättalagts i syfte att framhäva sig själv i någon särskild dager.

Den tyska antologin från 1929 skiljer sig från de tre andra genom att den del där läkare, på redaktörens uppmaning, skrivit om egen sjukdom bara utgör en av bokens tre delar. De övriga två delarna består dels av ett sextiotal utdrag ur självbiografier av läkare, skrivna från 1500-talet och framåt, dels av drygt fyrtio medicinska fallbeskrivningar av

²²⁹ Herman Anker red. (1988), *När doktorn blir sjuk. Nio läkare berättar*, Stockholm: Natur och kultur.

²³⁰ Harvey Mandell, Spiro H. red. (1987), *When doctors get sick*, New York: Plenum Press.

²³¹ Raymond Greene red. (1971), *Sick Doctors*, Bath: Heinemann Health Books.

²³² Max Pinner, Miller B. red. (1952), *When doctors are patients*, New York: W.W. Norton & Co.

²³³ Grotjahn (1929), *Ärzte als Patienten*.

²³⁴ För närvarande pågår arbetet med ännu en antologi under arbetsnamnet *The doctor as the patient. Doctors recount their experiences on the other side of the consultation desk*. Initiativtagare är Roger Charlton, Samuel Finnikin, David Orlans och Devina Raval verksamma vid olika brittiska universitet. www.whatsinastory.co.uk/doctoraspatient (2019-06-22).

egen sjukdom – så kallade *automedicinska case* – som tidigare varit publicerade i olika tyskspråkiga medicinska tidskrifter.²³⁵

En viktig fråga för att veta hur man som läsare ska förhålla sig till texterna i dessa antologier – liksom till varje form av jämförande analys – är vilka instruktioner de medverkande författarna fått av redaktörerna. I antologin av Anker (1988) och Pinner och Miller (1952) nämns detta inte explicit. Däremot antyder Pinner i sitt förord att två frågor varit särskilt vägledande för arbetet med boken. Dels vilket inflytande varje textförfattares personlighet – inklusive får man anta yrkespersonlighet – haft på sjukdomsupplevelsen, dels hur denna sjukdomsupplevelse i sin tur påverkat författarens personlighet.²³⁶ I antologin av Mandell och Spiro (1987) är instruktionerna tydligt redovisade. I förordet till antologin skriver redaktörerna:

We asked the prospective authors how they discovered they were sick, how they chose their physicians and their hospitals, what it was like to be a patient and what the experience did to them as physicians and human beings.²³⁷

Mest detaljerade är de redaktionella riktlinjerna i antologin av Grotjahn (1929). Förutom diagnos, ålder, kön, sjukdomsförlopp och när sjukdomen inträffade har de bidragande läkarna också instruerats att särskilt lyfta de erfarenheter de själva anser anmärkningsvärda. Möjligen som ett utslag av sin tids fascination för det undermedvetna har Grotjahn dessutom bett textförfattarna reflektera över om deras upplevelse av sjukdomen kan tänkas böttna i någon specifik ”överkänslighet”:

Glauben Sie Ihre Empfindungen als typisch ansehen zu dürfen oder sind vielleicht durch eine spezifische Überempfindlichkeit oder andere Besonderheiten Ihrer nervösen Konstitution bedingt?²³⁸

²³⁵ Dessa *automedicinska case* liknar de essäer som beskrevs på sid 76 men har samtidigt ett mer vetenskapligt anslag och härstammar från en tid när den personliga fallrapporten åtnjöt en högre akademisk status än idag.

²³⁶ Pinner (1952), ”Preface,” s.xii.

²³⁷ Harvey Mandell, Spiro H. (1987), ”Preface” *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell & Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.xii.

²³⁸ Grotjahn (1929) *Ärzte als Patienten*, s.161. I svensk översättning: ”Tror ni att era krämpor/symtom är typiska/karaktäristiska eller går de att förklara med en specifik överkänslighet eller på grund av andra faktorer i er nervösa konstitution?” (översättning från tyska av Nils Hansson).



Tidig sammanställning av läkarpatientens upplevelser

Alfred Grotjahn (1869-1931) var läkare och professor i socialhygien vid universitetet i Berlin. År 1929 publicerade han antologin *Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichten in ärztlichen Selbstschilderungen*. I boken finns ett stort antal fallbeskrivningar om sjukdom bland läkare samlade, däribland en självbiografisk skildring av gallstensanfall skriven av Alfred Grotjahn själv.²³⁹

Dessa fem antologier lämnar var för sig värdefulla bidrag till enskilda läkares sjukdomsförståelse, men ställda jämte varandra formar de också fem olika tidsdokument. Med sina utgångspunkter i skilda delar av 1900-talet avspeglar de inte bara hur sjukdomspanoraman ändras över tid, utan också hur gränsdragningen mellan friskt och sjukt ständigt omformas. Redan innehållsförteckningen illustrerar just detta där antologin från 1929 rymmer vittnesmål om bland annat homosexualitet och hysteri, antologin från 1987 en beskrivning av den tidens uppmärksammade infektionssjukdom – *AIDS* – medan det i antologin från 1952 finns ett starkt vittnesmål om tyfus av den kvinnliga immunologen Lucie Adelsberger:

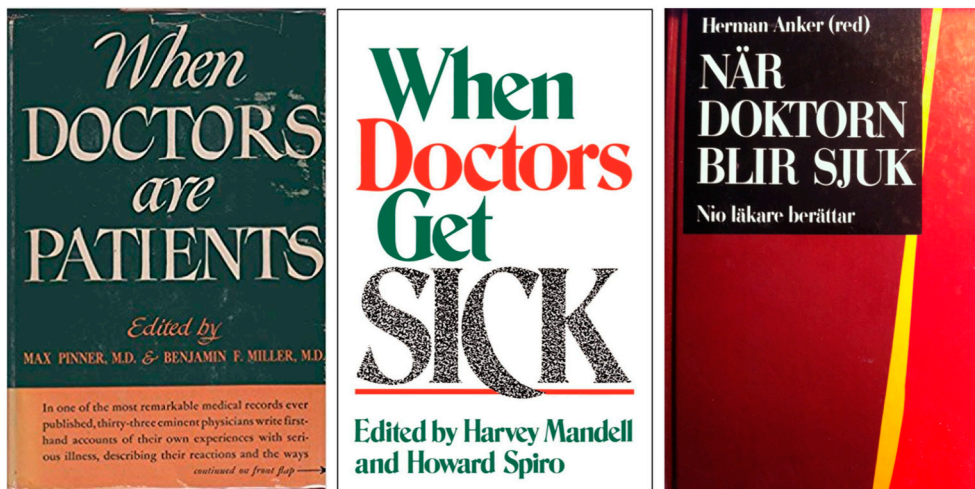
In order to understand my experience with typhus it is of significance that I went through it in the concentration camp at Auschwitz under conditions so abnormal and hellish as to be unprecedented.²⁴⁰

²³⁹ Milton Rabson (1936), "Alfred Grotjahn. Founder of Social Hygiene" *Bull NY Acad Med* vol.12, s.55.

²⁴⁰ Lucie Adelsberger (1952), "Typhus fever in Auschwitz concentration camp" *When doctors are patients*, red. Max Pinner & Benjamin Miller, New York: W.W. Norton & Co, s.178.

I antologin från 1952 är drygt en fjärdedel av bidragen (8/33) skrivna under pseudonym, medan knappt en femtedel (9/50) av bidragen i antologin från 1987 är anonymiserade. I den norska antologin från 1988 har bara en författare valt att vara anonym medan samtliga bidrag i den tyska antologin från 1929 och den brittiska från 1971 är publicerade utan att författarna namnges. I de antologier där pseudonym erbjudits är det framförallt psykisk ohälsa inklusive missbruk som skildras under fingerat namn. I sak är det inte förvånande. Psykisk ohälsa är fortfarande ett mer stigmatiserande tillstånd än flertalet somatiska sjukdomar, för gemene man såväl som – eller kanske särskilt – för läkare. Det ska dock framhållas att det inte bara är psykisk sjukdom som beskrivs anonymt, utan också somatiska krämpor som t.ex. diabetes, ulcerös kolit och utomkvedshavandeskap.

Könssammansättningen är som väntat skev med betydligt fler manliga än kvinnliga läkare, vilket i första hand bör förstås som en återspeglning av den numerärt manliga övervikt som historiskt sett kännetecknat läkarkåren. I Mandell och Spiro (1987) är knappt tjugo procent av bidragen skrivna av kvinnliga läkare, i Pinner och Miller (1952) är samma siffra bara sex procent. Störst andel kvinnliga författare återfinns i antologin av Anker (1988) där en tredjedel av vittnesmålen är framförda av kvinnor.²⁴¹



Antologier från 1900-talets senare hälft

Tre av de antologier där läkare berättar om sina egna sjukdomserfarenheter. Från vänster *When doctors are patients* (1952) red. Max Pinner och Benjamin F. Miller, *When doctors get sick* (1987) red. Harvey Mandell och Howard Spiro och *När doktorn blir sjuk. Nio läkare berättar* (1988) red. Herman Anker.

²⁴¹ I den redovisade könsfördelningen har bidrag skrivna under pseudonym exkluderats.

Det är emellertid inte bara det diagnostiska panoramat, förekomsten av pseudonym och könssammansättningen som skiljer antologierna åt. Utifrån sina olika positioner längs 1900-talets tidsaxel avspeglar de också olika förhållningsätt till läkarrollen och till interaktionen mellan läkare och patient. Detta är något som särskilt tydligt framgår i antologiredaktörernas för- och efterord. Eftersom dessa olika infallsvinklar är av betydelse också för hur de enskilda bidragen ska läsas och förstås följer här några iakttagelser gällande de olika redaktörernas beskrivning av vad deras respektive antologier kan tänkas bidra med.²⁴²

Redan i upptakten till antologin *When doctors are patients* (1952) slår Pinner och Miller fast bokens huvudsakliga syfte, nämligen att återuppväcka patientens röst i det medicinska mötet. Redaktörerna välkomnar de kliniska verktyg som den medicinska kunskapsutvecklingen fört med sig, men anser samtidigt att patienternas erfarenheter inte får glömmas bort.

Since the development of ever wider and more profound methods for the objective evaluation of morbid conditions, the information that only the patient can give has more and more been relegated to the background.²⁴³

Medicinens främsta uppgift måste alltid, skriver redaktörerna, vara något mer än att hantera provsvar och röntgenfynd, nämligen att bemöta den sjukdomsdrabbade individens helhetsupplevelse av ohälsa. Här kan, menar Pinner och Miller, antologibidragen belysa ”with greater precision, to a profounder plane, and within wider limits, the subjective experience of disease.”²⁴⁴ Det är intressant att notera att precis den kritik mot medicinen som företrädare för medicinsk humaniora började göra gällande fr.o.m. slutet av 1960-talet – nämligen att patientens röst gått förlorad i teknikutvecklingen – i själva verket hade hörts *inifrån* medicinen redan tidigare. Samtidigt kan man fråga sig varför Pinner och Miller ville lyfta just läkares vittnesmål om sjukdom. Om det primära syftet var att visa på sjukdomens upplevda erfarenhet borde, kan man tycka, också patienter utan medicinsk skolning vara väl så lämpade att bidra till antologin. Men just detta anser inte redaktörerna. Tvärtom menar de att läkarnas vittnesmål utmärker sig i sin strävan efter helhetsförståelse, eftersom läkaren ensam är kapabel att förena de två perspektiv som båda behövs för att nå komplett förståelse av ett sjukdomsförlopp.

²⁴² *Sick Doctors* av Greene R. red., (1971) utmärker sig från de övriga antologierna genom att sakna både förord och efterord.

²⁴³ Pinner (1952), ”Preface” s.xi.

²⁴⁴ *Ibid.*

The combination of objective medical knowledge with the subjective experience should be particularly fruitful of original contributions in this field.²⁴⁵

Pinner och Miller tycks med andra ord se antologibidragen som rapporter till den egna kåren från en samling upptäcktsresande som med sina kroppar själva fått träda in i de sjukas värld. Men syftet med antologin är inte bara, framhåller redaktörerna, att berika läkarkåren med mer nyanserad kunskap om upplevelsen av sjukdom. Läkarpatienternas vittnesmål har också en viktig funktion för allmänheten. Med hjälp av sin medicinska bakgrund kan läkarpatienten nämligen dra mer adekvata slutsatser än den gängse patienten och ge handfasta råd till patienter som saknar medicinsk skolning. Redaktörerna skriver:

this book can provide useful knowledge about disease for the non-medical reader. [...] Armed by his [the doctor-patient's] knowledge of disease mechanisms, he is able to make new adjustments that would not be possible for the average patient.²⁴⁶

De anpassningssvårigheter många läkare vittnar om i patientrollen nämns överhuvudtaget inte i förordet. Istället är det synen på läkaren som upphöjd expert som dominerar. Läkaren som en yrkesperson med akademiskt förvärvat vetenskap som, genom den personliga sjukdomserfarenheten, också berikats med fördjupad professionell kunskap.

I det förord och den epilög som ramar in antologin *When doctors get sick* (1987) återfinns i viss mån samma argumentation som i antologin från 1952. Också här nämns uppfattningen att den sjuke läkaren – genom sin förstahandsupplevelse – har något att lära sina kollegor.

[Physicians] are, after all, a unique group of patients who have found in their experiences much to learn and much to teach. [...] Since every physician cannot have every disease and since male obstetricians can never know firsthand the pain of labor [...] we thought physicians might benefit, if not prosper, from the illnesses of their colleagues.²⁴⁷

Men det primära syftet med antologin från 1987 är inte denna kunskapsförmedlande funktion. Istället handlar det i första hand om att rikta uppmärksamheten mot den sjukdomsdrabbade läkarens upplevda dilemma, praktiskt och psykologiskt. Mandell och Spiro belyser här flera viktiga dimensioner: de informella sökvägarna – ”most of our medical care consists of a telephone call to a colleague”²⁴⁸ – behovet av att framstå

²⁴⁵ Ibid., s.xii.

²⁴⁶ Pinner (1952), ”Preface” s.xvii.

²⁴⁷ Mandell (1987), ”Preface” s.xii.

²⁴⁸ Ibid., s.xi.

som osårbar – ”To play the role of healer, the practicing physician must seem immune to disease”²⁴⁹ – och förvirringen när det invanda beteendemönstret som läkare byts mot den ovana patientrollen:

For other people getting sick is a mysterious amalgam of anxiety, fear, discomfort, and hope. When doctors get sick, the setting does not change, but they are suddenly on the other side of the doctor’s desk. [...] The view has changed – and he is no longer in control.²⁵⁰

Mandell och Sprio tar också upp problematikens omvända sida, svårigheten att veta hur man som behandlande läkare ska agera gentemot den patient som är en kollega: ”When the sick doctor finally looks for help, the doctor taking care of him or her finds no easy task.”²⁵¹ Den tanke som genomsyrar *When doctors are patients* (1952) om sjuka läkare som upphöjda experter är avlägsen i antologin från 1987. Nu trettiofem år senare är föresatsen inte att nå djupare i vår förståelse av sjukdomsupplevelse i allmänhet. Istället är syftet att visa på en problematisk situation för den läkare som blir sjuk och i förlängningen att bidra till att patientrollen görs tillgänglig också för läkarkåren. I *When doctors get sick* (1987) är i någon bemärkelse de läkare som bidrar med egna erfarenheter från patientbädden både aktiva talespersoner för och samtidigt ofrivilligt underkastade en problematik med räckvidd långt bortom dem själva.

I den norska antologin *När doktorn blir sjuk. Nio läkare berättar* (1988) ger redaktören, Herman Anker, uttryck för i stort sett samma uppfattning som Mandell och Spiro. Rollkonfusion är det övergripande temat för antologin, och förhoppningen är att de olika bidragen ska kunna öka medvetenheten om det inadekvata vårdsökarbeteende som ofta kännetecknar den läkare som själv blir sjuk. Anker framhåller tre faktorer som sammantaget bidrar till den bekymmersamma situationen: läkares föreställning om sin egen osårbarhet, läkares ovilja att känna efter hur de själva mår och att många läkare drar sig för att besvära en kollega i onödan. Precis som Mandell och Spiro landar också Anker i slutsatsen att det till syvende och sist handlar om en sammanblandning av roller:

En sjuk läkare hamnar i en dubbelroll. Under sjukdomsförloppet blir man både deltagare och iakttagare – medspelare och åskådare [...]. Läkare är vana vid att umgås och

²⁴⁹ Harvey Mandell, Spiro H. (1987), ”Epilogue” *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell & Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.450.

²⁵⁰ Ibid., s.454.

²⁵¹ Ibid., s.453.

kommunicera som jämbördiga kolleger. När den relationen övergår i ett läkar-patient-förhållande, kan båda parter bli osäkra.²⁵²

En central fråga är förstås varför redaktörerna till antologierna från 1950- och 1980-talet har så skilda sätt att närma sig samma företeelse. Man kan i princip tänka sig två olika förklaringar. Antingen ser redaktörerna olika saker i de texter som i grund och botten ändå uttrycker samma problematik, eller så uttrycker bidragen i de olika antologierna skilda erfarenheter. Jag vill påstå att det framförallt är den senare förklaringen som gäller. Något i själva upplevelsen för den läkare som blir sjuk tycks ha förändrats under de trettiofem år som gått mellan Pinner och Millers antologi och Mandell, Spiros och Ankers antologier. Ett försök att ringa in vad detta *något* är görs i delarbete ett, fyra och fem. Men redan här vill jag antyda den uppfattning som också senare i kappan kommer att framträda med allt större tydlighet. Nämligen att det till stor del handlar om en förändring av de normsystem som definierar å ena sidan läkarroll och patientroll och å andra sidan samspelet mellan läkare och patient i det medicinska mötet.

Genusaspekter

Flertalet av de sjukdomsskildringar som analyseras i avhandlingens delstudier är skrivna av män. Det är en snedfördelning som, även om den speglar en historiskt ojämn könsfördelning i läkarkåren och i det material som därmed stått till buds, naturligtvis ändå kan vara begränsande för de slutsatser som blir möjliga att dra.²⁵³ Här vill jag i korthet försöka klargöra på vilket sätt denna obalans mellan manliga och kvinnliga vittnesmål kan tänkas inverka på studiens slutsatser, och även lyfta några fler av de kvinnliga vittnesmål som ändå finns.

Som tidigare framhållits har detta avhandlingsarbete inte ambitionen att generera allmängiltiga slutsatser, tonvikten ligger istället på att uppmärksamma individuella sjukdomserfarenheter. Men samtidigt är föresatsen också att nyansera förståelsen av de resultat som kvantitativa studier genererat och att bidra med slutsatser som kan tala in i vår egen samtid. Utan kvinnliga vittnesmål representerade finns det en risk att den avsedda nyanseringen istället blir till en missvisande reducering. Det vore olyckligt av

²⁵² Anker (1988), "Att vara sjuk," *När doktorn blir sjuk. Nio läkare berättar*, red. Herman Anker, Stockholm: Natur och kultur, s.18.

²⁵³ År 1948 utgjorde andelen kvinnor med medicine licentiatexamen ca nio procent av den svenska läkarkåren. (Anna S. Dahl (2016), "En lång resa för kvinnliga läkare" *Läkartidningen* vol.113:DZYT). År 2016 hade andelen kvinnliga legitimerade läkare i Sverige stigit till 47 procent (Socialstyrelsens rapport "Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2017 samt arbetsmarknadsstatus 2016," Art.nr: 2019-1-15, s.3).

flera skäl, inte minst eftersom kvinnor i dagens svenska sjukvård utgör i runda tal halva läkarkåren. Men det vore också olyckligt eftersom det då blir svårt att säga om det är en professionsrelaterad eller en genusrelaterad norm som slår igenom i de analyserade läkarnas vårdsökarbeteende och självuppfattning. Är det kanske i själva verket inte yrkestillhörigheten som läkare utan snarare en manlig genustillhörighet som väglett tankemönster och beteendepertoar i vittnesmålen av de manliga läkarförfattarna? Invändningen är relevant samtidigt som den också kompliceras av att läkarrollen historiskt sett i sig självt varit maskuliniserad och att det således rör sig om sammanflätade rollidentiteter. Om detta, att mansidealet med dess förväntan om beslutsauktoritet och handlingsföreträde, åtminstone fram till mitten av 1900-talet projicerats på läkaren och kvinnoidealets föreställning projicerats på patienten, skriver t.ex. idéhistorikern Karin Johannisson.²⁵⁴

Även om läkaryrket idag har en betydligt mer jämställd fördelning mellan män och kvinnor har det hävdats att professionen fortfarande lider av en eftersläpande maskuliniserad självbild.²⁵⁵ Man kan fråga sig om detta i så fall också gör skillnaderna mellan manliga och kvinnliga läkare mindre uttalade i den problematik som kommer till uttryck när läkaren själv blir sjuk. Kvantitativa studier ger viss vägledning, men bilden är inte entydig.

Tydliga skillnader finns mellan manliga och kvinnliga läkares vårdsökarbeteende. Flera studier visar t.ex. att kvinnliga läkare i högre grad än manliga har en egen doktor, i betydelsen någon som de är listade hos och som de konsulterar för privata medicinska behov.^{256,257} En förklaring kan vara att kvinnor redan från unga år i högre utsträckning än män passerar sjukvårdens hälsokontroller, t.ex. i samband med preventivmedelsrådgivning och graviditet. Kvinnor etablerar därmed tidigt i livet en kontakt med vården som kanske gör att tröskeln att söka igen senare i livet upplevs lägre. Det tycks också vara så att fler kvinnliga läkare än kvinnor i övriga professioner tar livet av sig, vilket inte i samma utsträckning tycks gälla manliga läkare jämfört med män i övriga professioner.²⁵⁸

²⁵⁴ Karin Johannisson (1994), *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*, Stockholm: Norstedts, s.242.

²⁵⁵ Ann K. Boulis, Jacobs A.J. (2008), *The changing face of medicine. Women doctors and the evolution of health care in America*, New York: ILR Press, s.7-8.

²⁵⁶ Rosvold (2002), "Illness behavior among Norwegian Physicians."

²⁵⁷ Grainne N. Uallachain (2007), "Attitudes toward self-health care: a survey of GP trainees" *Ir Med J* vol.100, s.489-491.

²⁵⁸ Keith Hawton, Clements A., Sakaraovitch C., Simkin S., Deeks J.J. (2001), "Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995" *J Epidemiol Community Health* vol.55, s.296-300.

Skillnader finns således beskrivna i den vetenskapliga litteraturen. Samtidigt antyder flera studier att kvinnliga och manliga läkares förhållningssätt vid egen sjukdom och arbetsrelaterad påfrestning kännetecknas i betydligt högre utsträckning av likheter än av skillnader.²⁵⁹ En norsk enkätstudie kunde t.ex. inte påvisa någon skillnad mellan manliga och kvinnliga läkares egenförskrivning av psykofarmaka.²⁶⁰ En annan norsk studie visade att benägenheten att genomgå gynekologisk cellprovtagning var avsevärt lägre bland kvinnliga läkare än andra kvinnor med jämförbar socioekonomisk tillhörighet.²⁶¹ Och flera studier har visat att förekomsten av suicidtankar,^{262,263} liksom känslan av arbetsrelaterad överbelastning är förhöjd både hos manliga och kvinnliga läkare jämfört med befolkningen i stort.²⁶⁴ Bilden är således komplex men pekar ändå på en i stora drag överlappande problematik för manliga och kvinnliga läkare.

Det är också likheterna snarare än skillnaderna som kännetecknar de patografiska vittnesmål där kvinnliga läkare beskriver egen erfarenhet av sjukdom. Precis som för de manliga kollegorna är informella vårdmöten, egenremitter och egenförskrivningar av läkemedel vanliga. Ett sådant exempel återges i gynekologen Karin Wahlbergs skildring *Cancerland tur & retur. Livet som läkare och patient* (2016). När symtom som kan tyda på allvarlig sjukdom ger sig till känna och Wahlberg bokar tid på sin vårdcentral är det med känslor av frustration över att få vänta flera veckor bara för att få möta

en läkare som är precis i början av sin bana och kanske kommer att luta sig mot vad jag, med min längre erfarenhet som doktor, tycker och tänker. Jag blir inte patient fullt ut.²⁶⁵

Det är istället genom en korridorkonsultation canceren uppträcks, när Wahlberg närmar sig en kollega under ett arbetspass och då får hjälp att ordna en skyndsam koloskopi. Ett annat exempel inom en helt annan sjukdomskategori ger den kvinnliga läkaren A.C.

²⁵⁹ Heidi Siller, Bader A., Hochleitner M. (2016), "Support for Female Physicians at a University Hospital: What Do Differences Between Female and Male Physicians Tell Us? *Exploring Resources, Life-Balance and Well-Being of Women Who Work in a Global Context*, red. Roxane L. Gervais & Prudence M. Millea, Springer International Publishing, s.109-123.

²⁶⁰ Rosvold (2002) "Illness behavior among Norwegian physicians."

²⁶¹ Elin Rosvold, Hjartåker A., Bjertness E., Lund E. (2001), "Breast self-examination and cervical cancer testing among Norwegian female physicians. A nation-wide comparative study" *Soc Sci Med* vol.52, 249-258.

²⁶² Elizabeth Brooks, Gendel M.H., Early S.R., Gundersen D.C. (2017), "When doctors struggle: Current Stressors and Evaluation Recommendations for Physicians Contemplating Suicide" *Arch Suicide Res* vol.22, s.519-528.

²⁶³ Garelick (2012), "Doctor's health."

²⁶⁴ Bodil Bergman, Ahmad F., Stewart D.E. (2003), "Physician health, stress and gender at a university hospital" *J Psychosom Res* vol.54, s.171-178.

²⁶⁵ Wahlberg (2016), *Cancerland*, s.26.

Gross i patografin *You can trust me. I'm a doctor. A physicians story of addiction and recovery* (2009). Boken skildrar ett narkotikamissbruk som underhålls genom förfälskade recept och undfallande kollegor.

I snuck into another colleague's office and stole a few prescriptions. I forged his signature and took the scripts to several different pharmacies in three neighbouring cities.²⁶⁶

I Gross vittnesmål finns stora likheter med hur de tre manliga läkarna i delarbete ett underhåller sitt morfinmissbruk med halvsanningar och närmast kriminella 'yrkesprivilegier'. Ett tredje exempel värt att nämna i sammanhanget är psykiatern Judith Alexander Brices berättelse från 1987 om ett svårt skov av ulcerös kolit. Brice beskriver i detalj en rollförvirring som också känns igen från ett flertal andra läkarpatografier skrivna ungefär samtidigt, t.ex. Sacks *A leg to stand on* (1984)²⁶⁷ och Robert Seavers "Myocardial infarction" (1987).²⁶⁸ Om svårigheten att landa i patientrollen skriver Brice:

During these hospitalizations I found it very difficult to switch gears. As a doctor I was functioning in a profession of strength, of intellectual activity, of control, and of independence. These qualities did not easily mesh with those of a passive, compliant patient.²⁶⁹

Sammanfattningsvis, även om skillnader finns mellan den problematik manliga och kvinnliga läkare möter vid egen sjukdom, så tycks deras erfarenheter också till stora delar vara överlappande. I de litterära vittnesmålen är det likheterna snarare än olikheterna som framträder starkast och ett rimligt antagande är därför att det som huvudsakligen reglerar beteendepertoaren är gemensamma och i flertalet fall genusoberoende motiv och motiveringar.

²⁶⁶ A. C. Gross (2009), *You Can Trust me. I'm a Doctor*, Bloomington: iUniverse, s.34.

²⁶⁷ Sacks (1984), *A leg to stand on*.

²⁶⁸ Robert Seaver (1987), "Myocardial Infarction," *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell & Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.29-38.

²⁶⁹ Brice (1987), *Ulcerative colitis*, s.175.

Den medicinska dramaturgin

En av de tolkningskontexter som varit särskilt vägledande för denna studie tar som utgångspunkt en föreställning att sjukvårdens vardag är möjlig att förstå som ett pågående drama. Det rör sig om en belysande jämförelse – en analogi – snarare än om ett omedelbart likställande. För sjukvård är naturligtvis ingen teater. Sjukvård är inte en företeelse där händelser tar form utifrån ett färdigskrivet manus, inför publik som förväntar sig en stunds distraktion. Sjukvård är inte förströelse från vardagens bekymmer; tvärtom är det ofta just till vården vi söker oss när tillvaron ställs på sin spets. Men den medicinska verksamhetens inramning och formerna för vårdförloppets händelseutveckling har inte desto mindre illustrativa likheter med ett drama. En avgränsad scen, en välkänd rekvisita, ett begränsat antal roller och en given dramaturgi. Sjukvård lämpar sig väl för gestaltande på scen och det är ingen slump att så många underhållningsserier och dokusåpor, *House M.D.*, *Scrubs*, *Cityakuten*, *Unga läkare*, *Barnmorskorna* och *Akuten* för att nämna några, utspelar sig just inom vården.

Innanför sjukhusets väggar gäller, precis som på en teaterscen, delvis andra sociala regler än i samhället därutanför. Sjukvården är, för att använda Michel Foucaults beteckning, *en heterotopi*, dvs. en annorlunda plats med en given typologi.²⁷⁰ Ett rum där människor betraktas och bedöms med andra ögon. Där individer undersöks, utfrågas och genomgår behandlingar som utanför sjukhuset skulle upplevas egendomliga och integritetsöverskridande. I sjukvården är delar av den privata sfären utvidgad till att även inkludera vårdens personal. I botten ligger en överenskommelse baserad på två premisser. Dels ett högre syfte som alltid är patientens bästa. Dels ett mindre uttalat, men minst lika viktigt, kontrakt om hur det medicinska mötet ska gå till, vilken *dramaturgi* det är som ska gälla. I *Tecknen* (2004) noterar Karin Johannisson hur den medicinska dramaturgin med sina givna ritualer bl.a. syftar till att sätta vardagens tabun ur spel.

²⁷⁰ Michel Foucault (1998), "Different Spaces" *Essential Works of Foucault, 1954–1984. Vol. 2: Aesthetics, Method, and Epistemology*, red. James Faubion, New York: The New Press, s.178.

Undersökningsrummet är ett rum med egna lagar. Läkaren är professionaliserad, formellt utlyft ur sin subjektiva person-, köns- och kroppssfär. På samma sätt är patienten avkodad bestämda egenskaper.²⁷¹

Två modeller för social samvaro ska här särskilt beröras, konstruerade av sociologerna Talcott Parsons (1902-1979) och Erving Goffman (1922-1982). Var för sig har båda dessa modeller utövat stort inflytande över 1900-talets förståelse av mellanmänsklig interaktion. Genom att tolka sjukvårdens vardag utifrån Parsons och Goffman är förhoppningen att fördjupad insikt ska kunna nås för vårdverksamhetens logik. Men när sjukvårdens dramaturgi uppmärksammas på detta sätt blir det också tydligt att avvikelser från det förväntade beteendet kan ge upphov till betydande osäkerhet. Som avhandlingens delarbeten illustrerar kan synen på sjukvården som ett drama därmed också hjälpa oss att förstå vad det är som händer när läkaren blir patient. Flera av exemplen på de sidor som här följer är hämtade från svenske psykiatern Clarence Crafoords patografi *Hjärtats oro. Anteckningar från ett vardagligt sjukdomsfall* (2004) som på ett illustrativt sätt får förtydliga de resonemang som förs.

Rollerna tar form

I sjukvårdens dramaturgi är läkaren förknippad med egenskaper som rationalitet och pragmatism.²⁷² Läkarkåren framställs överlag som en yrkeskår verksam i ett trovärdigt och effektivitetsstyrt sammanhang, präglad av vetenskapens högt hållna ideal. Inom skönlitteraturen är Ian McEwans roman *Saturday* (2005) och Albert Camus *Pesten* (1947) två exempel på böcker som reproducerar en sådan rollgestaltning. Både neurokirurgen Dr Perowne i *Saturday* och allmänpraktikern Dr Rieux i *Pesten* är karaktärer drivna av sinnesnärvaro, kraft och hängivenhet i sin yrkesidentitet. Båda speglar, var och en på sitt sätt, ett etablerat läkarideal:

Perowne förband själv huvudet, och när han slutligen kom iväg från operationsavdelningen kände han sig inte alls trött. Att operera tröttar aldrig ut honom – när han väl håller på i den slutna värld som utgörs av hans team [...] upplever han en övermänsklig kapacitet för, eller snarare ett begär efter, arbete.²⁷³

²⁷¹ Johannisson (2004), *Tecknen*, s.158.

²⁷² Phyllis Palgi, Dorban J. (1997), "An analysis of the self of the western physician. A study on the evolution of homo Hippocrates" *Culture, Medicine and Psychiatry* vol.21, s.265.

²⁷³ Ian McEwan (2006), *Lördag*, Stockholm: Brombergs, s.19.

Liksom läkaren fixeras också patientrollen i sina schabloner.²⁷⁴ Sociologen Arthur Frank skriver att "being a patient, [is] a performance that involves meeting certain expectations."²⁷⁵ Runt patienten har av tradition funnits en förväntan om tålmodighet, tillit och medgörlighet; en beredvillighet att anförtro ansvar över sin biologiska kropp till den medicinska vetenskapen och dess yrkesaktörer. Patienten gestaltas ofta som det medicinska mötets mer följande deltagare. När Crafoord beskriver sin egen förflyttning in i patientrollen i samband med insjuknandet i en hjärtinfarkt är det från sjukbäddens nya perspektiv han betraktar en välbekant "koreografi".

[R]onden på kardiologen följde i stort sett samma ritual som när jag var medicine kandidat för snart 50 år sedan. Den är också ett slags dans med sin bestämda koreografi, där läkaren och den föredragande sköterskan utför en *pas de deux* inför varje patient, som förutsätts delta som statist eller rentav kuliss i föreställningen. Ritualen skulle rubbas allvarligt om rytmen i rondens förstördes. Den outtalade regeln för patienten är att följa ritualen en smula på avstånd, oaktat att 'patienten är i centrum'. I centrum på ungefär samma sätt som mitten av en trafikrondell onekligen är i centrum medan trafiken glider förbi.²⁷⁶

Patienten har med andra ord traditionellt sett intagit en position som den aktive läkarens mer passiva motspelare. I sjukvårdens dramaturgi äger patient och läkare "its own set of attributes: power and weakness, knowledge and ignorance, ability to cure and need to be cured."²⁷⁷

²⁷⁴ Sontag (1981), *Sjukdom som metafor*, s.6.

²⁷⁵ Frank (2007), "Five dramas of illness" s.385.

²⁷⁶ Crafoord (2004), *Hjärtats oro*, s.53.

²⁷⁷ Christopher McKeivitt, Morgan M. (1997), "Anomalous patients: the experiences of doctors with an illness" *Sociology of Health & Illness*, vol.90, s.651.



Sjukvårdens koreografi

I *Hjärtats oro. Anteckningar från ett vardagligt sjukdomsfall* (2004) skildrar psykiatern och författaren Clarence Crafoord sitt insjuknande i en hjärtinfarkt.

Särskilt tydligt åskådliggjord är medicinens dramaturgi inom bildkonsten. I målningar och på fotografier kan den medicinska *urscenen* gestaltas med en självklar tydlighet. Ett av de klassiska verk som fångar arketyperna i det kliniska mötet mellan läkare och patient är *The Doctor* (1891) av brittiske konstnären Lucas Fildes (1843-1927).²⁷⁸ Det är en målning där patient och läkare befinner sig tätt intill varandra. Patienten i sin sjukbädd och läkaren på en stol tätt bredvid. Samtidigt är de också tydligt åtskilda från varandra, definierade i sina olika roller. Patientens beroendeställning är otvetydig. Nedbäddad i sängen, utlämnad till den läkare som lugnt och sansat överväger de behandlingsalternativ som står till buds. Läkaren är avbildad som en ansvarstagande yrkesperson; någon som utstrålar förtroendeingivande auktoritet, erfarenhet, sinnessnärvaro och tankeskärpa. Fildes målning rymmer en stark kontrastverkan mellan patientens dunkla boning och läkarens värdiga utstyrsel. Mellan iscensättningen av patienten i barnets utslagna hjälplöshet och läkaren i sin värdiga, lätt framåtlutade gestalt. Sin höga hatt har läkaren placerat på bordet och i bakgrunden av det rum där luften de senaste dagarna blivit tung att andas står de förtvivlade föräldrarna som statister. De har tagit ett steg åt sidan och överlätit åt den medicinska vetenskapens

²⁷⁸ Lucas Fildes målning är en av många från ungefär samma tid som på ett arketyppiskt sätt avbildar mötet mellan läkare och patient. Se t.ex. också Pablo Picassos (1881-1973) målning *Ciencia y caridad* (1897).

representant den grundläggande uppgiften att skydda deras barn. Patientens liv ligger i händerna på läkaren.



Brittiske konstnären Lucas Fildes (1843-1927) målning *The Doctor* (1891)

Det påstås att Lucas Fildes hämtade inspiration till målningen från erfarenheten av sin son Philips död vid ett års ålder. Copyright Tate Gallery, CC-BY-NC-ND 3.0. <https://www.tate.org.uk/art/artworks/fildes-the-doctor-n01522>

Konsthistorikern Michael Barilan skriver:

When we look at 'The Doctor', we are struck by the humane and upright attitude, not the probably ineffective medicines or the doctor's otherwise-empty hands. [...] Thus 'The Doctor' has a fairytale dimension to it: a common child being treated like royalty by an agent of modern magic, the Doctor of Medicine.²⁷⁹

Vad Fildes målning uttrycker är läkaren som hjälte. "[A] hero in the service of humanity' working on a 'mission of mercy' in surroundings of abject poverty."²⁸⁰ Det är en ledande roll som samhället tilldelat läkaren i utbyte mot möjligheten att få tro på medicinens makt över sjukdom och död. I den mån patienten också framställs med en hjältemodig anstrykning är det genom sin passiva fördragenhet med det lidande som hör rollen till. Arthur Frank konstaterar:

²⁷⁹ Michael Barilan (2007), "The Doctor by Lucas Fildes: an icon in context" *J Med Humanit*, vol.28, s.69.

²⁸⁰ Jane Moore (2008), "What Sir Luke Fildes' 1887 painting 'The Doctor' can teach us about the practice of medicine today" *Br J Gen Pract.* vol.58, s.212.

Modernism made the physician, specifically the surgeon, into the hero of illness. [...] Ill people's passive heroism, [...] is equated with a stoicism that is praised for its silence.²⁸¹

Talcott Parsons – sjukvårdens rollfördelning

På 1950-talet utvecklade den amerikanske sociologen Talcott Parsons en modell över samspelet inom sjukvården vars inflytande kom att bestå åtminstone fram till 1980-talet. Parsons tog som sin utgångspunkt en föreställning att sjukvården regleras av en outtalad men ändamålsenlig rollfördelning.²⁸² När vårdens aktörer fixeras i på förhand givna roller skapas, menar Parsons, en förutsägbarhet i mötet. Ett beteende institutionaliseras och personlig kännedom om aktörerna som enskilda individer blir underordnad kännedomen om dem som rollfigurer. En vårdaktör som agerar i enlighet med den förväntade rollen förmodas vara pålitlig och blir därmed betrodd. Avviker man däremot från sin roll får det också konsekvenser för ens trovärdighet. Det rör sig enligt Parsons om en hierarkisk uppdelning

of which the two polar aspects are the role of physician as the highest grade of publicly certified expert in health care and the role of sick person. [...] [T]he physician has been institutionally certified to be worthy of entrusting responsibility to in the field of the care of health.²⁸³

Parsons menar också att sjukrollen ger patienten rätt att agera på sätt som för den friska individen hade ansetts socialt avvikande.²⁸⁴ Sjukrollen medför privilegier som t.ex. arbetsbefrielse i samband med sjukskrivning eller hjälp med vardagliga göromål. Men med privilegier följer också påbud. Så åtföljs till exempel möjligheten till sjukskrivning av en förväntan från läkarens sida om följsamhet. En förväntan som i praktiken innebär att patienten tvingas inordna sig i en makt hierarki. I mötet mellan läkare och patient placeras läkaren av Parsons i en överordnad position som den mest inflytelserika parten i ett förhållande som till sin natur är i grunden ojämnt. Arthur Frank skriver om Parsons modell:

²⁸¹ Frank (1995), *The wounded storyteller*, s.134.

²⁸² John C. Burnham (2013), "Why sociologists abandoned the sick role concept" *History of the Human Sciences* vol 27, s.70-87.

²⁸³ Talcott Parsons (1975), "The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered" *Milbank Mem Fund Q Health Soc* vol.53, s.266.

²⁸⁴ Deborah Lupton (2012), *Medicine as Culture. Illness, Disease, and the Body*, London: SAGE publications, s.106.

because exemption from normal responsibilities requires social control [...] the sick person is obligated to place himself under the authority of a recognized professional. Compliance to 'doctor's orders' is fundamental to the social control aspect of the sick role.²⁸⁵

Parsons är noggrann med att påpeka att patientrollen inte enbart är passiv. Tvärtom fordras ett samarbete mellan läkare och patient där båda parter fullgör sina respektive åtaganden. Men det är läkaren och inte patienten som äger mandatet att definiera formerna för samarbetet.²⁸⁶ Patienten förväntas foga sig i det system som läkaren ytterst representerar.

Enligt Parsons definierar uppdelningen i *läkarroll* och *patientroll* händelseförloppet i sjukvården. Dramaturgin är, menar Parsons, så djupt rotad – så institutionaliserad – att utrymme saknas för aktivt ställningstagande.²⁸⁷ Patientrollen är med andra ord kulturellt given – intränad och inpräglad sedan barnsben. I sin egenupplevda skildring av vårdförloppet på kardiologen illustrerar Crafoord hur snabbt rollerna fördelas när det tänkta vårdscenariot infrias; det är

en massiv manipulation som drabbar varje patient som tas in på sjukhuset. Det man kallar hospitalisering verkar kunna ske på några sekunder efter en akut intagning, så snabbt förs man in i patientrollen och så totalt bidrar alla i sjukvårdspersonalen att befästa rollerna och att presentera vad som gäller. [...] [E]tt införlivande av människan-patienten i en mäktig sjukhus kropp och sjukhussjäl som slukar alla.²⁸⁸

Samtidigt tycks det långtifrån alltid vara lika oproblematiskt som för psykiatern Crafoord att byta identitet från läkare till patient. Tvärtom är läkarens yrkesidentitet många gånger så djupt förankrad att övergången till patientrollen blir bekymmersam. Gentemot den patient som också är kollega får den behandlande läkaren ofta svårt att agera. Rollfördelningen krackelerar och Parsons modell förlorar sin slagkraft. I en intervjustudie med ett sextiotal läkare som nyligen varit patienter, konstaterar socialantropologerna Christopher McKeivitt och Myfanwy Morgan:

According to Parsons, when doctors diagnose and treat disease they are using their professional knowledge and authority to legitimize illness in others. [...] Yet doctors' power to identify illness and to create patients seems diminished when members of the profession are themselves unwell.²⁸⁹

²⁸⁵ Frank (1995), *The wounded storyteller*, s.81.

²⁸⁶ Parsons (1975), "The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered" s.277.

²⁸⁷ Frank (1995), *The wounded storyteller*, s.81.

²⁸⁸ Crafoord (2004), *Hjärtats oro*, s.132.

²⁸⁹ McKeivitt (1997), "Illness doesn't belong to us" s.493.

Erving Goffman – sjukvårdens dramaturgi

Boken *The presentation of self in everyday life* (1956) av Erving Goffman kan betraktas som ett standardverk inom 1900-talets sociologi. Här förs en ingående argumentation för att mellanmänsklig interaktion i allmänhet har avgörande likheter med framträdanden på en teaterscen. Goffmans utgångspunkt är föreställningen att människan som individ har en närmast naturlig benägenhet att tolka vardagen som omger henne utifrån den logik som också präglar ett skådespel. Det gäller i synnerhet interaktion inom serviceinriktade branscher: restauranger, butiker, hotell och kollektiva färdmedel. Men Goffman nämner också andra miljöer, som fabriker, skolor, idrottsarenor och sjukhus. Goffmans terminologi är hämtad från teatern och redan i förordet framgår att det perspektiv som används ”is that of the theatrical performance.”²⁹⁰

I Goffmans modell finns det agerande individer och det finns personer som mer passivt betraktar den interaktion som äger rum – *aktörer* och *åskådare*. Aktörerna interagerar utifrån i förväg definierade normer som bildar fastställda handlingsmönster – *roller*. Hur rollerna tar sig uttryck beror i sin tur på hur inramningen ser ut – *scenografi* och *rekvisita*. Ibland kan samma roll ”visas upp av den agerande individen vid en rad olika tillfällen inför en publik av likartat slag.”²⁹¹ Den här sortens institutionaliserat beteende kallar då Goffman för ett agerande utifrån en social fasad – ”a social front.”²⁹² Den sociala fasaden genererar trovärdighet och stabilitet vilket, i likhet med Parsons modell, ger upphov till ett förutbestämt händelseförlopp.

En central aspekt i Goffmans modell är tanken att miljöer kan delas in i ett bakre och ett främre rum:

We often find a division into back region, where the performance of a routine is prepared, and front region, where the performance is presented. Access to these regions is controlled in order to prevent the audience from seeing back-stage and to prevent outsiders from coming into a performance that is not addressed to them.²⁹³

Medan det främre rummet är åtkomligt och observerbart för alla är det bakre rummet reserverat för ett fåtal invidga. Där bak råder andra beteendekoder än de som gäller på scen. Köket på en restaurang är ett exempel på ett bakre rum, liksom tågvärdens hytt, omklädningsrummet på en idrottsarena eller lärarrummet på en skola. Men också

²⁹⁰ Erving Goffman (1959), *The presentation of self in everyday life*, New York: Anchor Books, s.xi.

²⁹¹ Erving Goffman (2009), *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*, Stockholm: Norstedts, s.23.

²⁹² Goffman (1959), *The presentation of self in everyday life*, s.27.

²⁹³ *Ibid.*, s.238.

läkarexpeditionerna och fikarummen på olika vårdinrättningar bildar bakre rum. I *Hjärtats oro* sätter Crafoord fingret på just denna uppdelning i en region dit patienterna har tillträde och en annan dit de inte har det. Den gängse patienten förväntas inte veta vad som pågår i det bakre rummet. Men eftersom Crafoord själv är läkare är han, trots sin formella patienttillhörighet på kardiologen väl medveten om spelet bakom kulisserna.

Ronden har sannolikt förberetts vid en patientfri genomgång där viktiga beslut och informationer utbyts. Där är patienten inte närvarande. Ronden är den ceremoni där patienten får de nödvändiga beskederna under det pågående ceremonielet.²⁹⁴

I det bakre rummet kan aktörerna hämta kraft, förbereda sitt framträdande, byta kostym och annan rekvisita. Där kan de för en stund träda ur sin roll och luckra upp sin fasad. Där kan också, skriver Goffman, olika sorters utrustning ”hållas dold så att publiken inte kan jämföra den behandling som ges med den behandling som kunde ha getts dem.”²⁹⁵ Ofta är det bakre rummet tydligt avskilt från scenen genom en dörr eller ett skynke. Där bakom kan den agerande vara förvissad om att inte bli störd. Men det kan också hända att ett och samma utrymme bildar både *front-* och *back-region*, vid olika tidpunkter. Goffman nämner hur det på radio och TV kan räcka med en vridning av kameran eller att strömbrytaren på en mikrofon slås på för att det bakre rummet ska förvandlas till ett främre.²⁹⁶ Ett liknande exempel inom sjukvården är operationssalen. Så länge patienten är vaken är samtalsnivån låg och beteendekoden patientinriktad. Men i samma stund som patienten sövts ned förändras agerande och språklig jargong. Det främre rummet förvandlas till ett bakre.

Goffman nämner bara två regioner – en främre och en bakre. Men i själva verket finns det i synnerhet på personaltäta arbetsplatser ofta ytterligare en region. En mer privat sfär bakom den bakre dit man som aktör ibland kan dra sig undan. I ett avsnitt av den brittiska dokumentärserien *Akuten* skildras just en sådan tredje region. En läkare på akutmottagningen tar emot en svårt sjuk patient som en kort stund senare avlider. I det främre rummet ligger patienten död bakom ett skynke och de anhöriga anländer för ett sista farväl. I det bakre rummet rör sig läkaren bland sina kollegor. Någon konstaterar att ”nummer nio” just har dött. Dödsattest och journalhandlingar ska fyllas i, formaliteter som måste skötas. Men innan läkaren tar itu med pappersexercisen reser han sig upp, lämnar personalrummet och passerar ut genom ytterdörren. Där står han sedan någon minut helt själv på asfalten utanför sjukhuset och gråter. På väg in igen frågar en kollega hur han mår. Den unge läkaren svarar att han behövde lite luft. På läkarexpeditionen – i utrymmet mellan det främre och det bakersta rummet – råder

²⁹⁴ Crafoord (2004), *Hjärtats oro*, s.53.

²⁹⁵ Goffman (2009), *Jaget och maskerna*, s.102.

²⁹⁶ *Ibid.*, s.107.

uppenbarligen andra sociala koder än utanför sjukhusets entré. Med kollegorna kan läkaren, åtminstone inte just där och då, ge utlopp för de personliga känslor han upplever.²⁹⁷

Rollbyttets diskrepans – från läkare till patient

Den sociala interaktionens dramaturgi är enligt Goffman allt som oftast given, accepterad utan några större invändningar. Men det finns också situationer då dramaturgin radikalt förändras. Vid dessa tillfällen blir det tydligt att ett framträdande på en social scen i själva verket är ett ”ömtåligt, sprött fenomen som kan falla sönder genom mycket små missöden och felgrepp.”²⁹⁸ Det som allra oftast stör dramaturgin är, menar Goffman, när rollerna förlorar sina fasta och förväntade positioner. Det kan ske när en aktör med kunskap om spelet bakom kulisserna väljer att inte acceptera sin plats i händelseförloppet utan istället ifrågasätter dramaturgin. Goffman skriver att diskrepanta roller – *discrepant roles* – utvecklas när

some of the individuals who are apparently teammates, or audience, or outsiders acquire information about the performance and relations to the team which are not apparent and which complicate the problem of putting on a show.²⁹⁹

Diskrepanta roller kan också uppstå när en aktör tilldelas en ny roll utan att vara införstådd med hur den rollen är tänkt att gestaltas.³⁰⁰ En grupp individer som enligt Goffman på detta sätt kan ge upphov till diskrepanta roller är just kollegor. Aktörer som till vardags utför ungefär samma arbetsuppgifter på liknande scener inför en snarlik publik. Yrkeskollegor äger kunskaper om skådespelet som skiljer dem från andra. De kan avläsa subtila signaler och tankegångar hos de agerande. De känner till den alternativt rekvisita och de alternativa manus som finns att välja mellan i det bakre rummet. De kanske till och med gör anspråk på att få tillträde till händelseförloppet bakom kulisserna. Goffman konstaterar att inför kollegor kan aktörerna ”inte gärna dölja vissa saker för varandra som de döljer för publiken.”³⁰¹ Men kollegor kan också ge upphov till diskrepanta roller just för att de är ovana vid sin nya positionering. Risken är då att rollkonfusionen fortplantar sig så att inte heller aktörerna på scen vet hur de ska bete sig inför den person som till vardags är en kollega. Goffman skriver att

²⁹⁷ Dramadokumentären *Akuten*, www.svtplay.se/akuten (2013-02-20).

²⁹⁸ Goffman (2009), *Jaget och maskerna*, s.55.

²⁹⁹ Goffman (1959), *The presentation of self in everyday life*, s.239.

³⁰⁰ Goffman (2009), *Jaget och maskerna*, s.69.

³⁰¹ *Ibid.*, s.142.

the situation may cease to be defined, previous positions may become no longer tenable, and participants may find themselves without a charted course of action. [...] In other words, the minute social system created and sustained by orderly social interaction becomes disorganized.³⁰²

Goffmans resonemang om diskrepanta roller sätter fingret på vad som riskerar att hända när läkaren blir sjuk. Antropologerna Palgi och Dorban har i sin kartläggning av läkarens självbild pekat på att yrkesrollen ofta utgör en läkares främsta identitet. "[T]he professional self tends to overtake their personal and individual selves and becomes their dominant identity."³⁰³ Att ofrivilligt fråntas denna yrkesidentitet medför ett samtidigt ifrågasättande av vem man är som person. Det gäller i synnerhet när händelseförloppet utspelar sig i samma lokaler som den sjuke läkaren är van vid från sin yrkesvardag. I antologin *When doctors get sick* (1987) beskriver psykiatern Judith Alexander Brice just detta svåra i att förflytta sig mellan olika roller i samband med ett skov av ulcerös colit.

One minute I was the psychiatric consultant, heading up case conferences, seeing private patients, and supervising residents. [...] The next moment I was in the hospital with everyone from maintenance crew and janitorial staff to medical staff feeling entitled to enter my room without knocking. Within hours of being in charge of many aspects of my life, I suddenly found myself surrendering control over almost every aspect of a daily routine.³⁰⁴

Det Brice upplever besvärande är framförallt att hon som patient förväntas bete sig på ett helt annat sätt än som läkare. Hon förväntas överlämna kontroll och självbestämmanderätt till individer som i den nya rollfördelningen inte längre respekterar hennes privata sfär.

To them I was Judy, the ulcerative colitis patient in bed 612 [...]. Ignored were my professional identity as a physician and my personal identity as a mother, a wife, and a competent and feminine woman who was not used to being treated as a passive, sexless infant.³⁰⁵

Samma känsla av vilshenhet inför att ofrivilligt tvingas in i patientrollen upplever reumatologen Edward Rosenbaum. När han på grund av en misstänkt cancer i stämbanden anländer till sjukhuset för att få en biopsi utförd är det med en känsla av

³⁰² Goffman (1959), *The presentation of self in everyday life*, s.242.

³⁰³ Palgi (1997), "An analysis of the self of the western physician" s.266.

³⁰⁴ Brice (1987), *Ulcerative colitis*, s.175.

³⁰⁵ Ibid.

förvirring. Till förvirringen bidrar också beslutet att söka vård vid det sjukhus där han själv arbetar sedan fyrtio år tillbaka. Scenen är hans men perspektivet utbytt.

Jag hade befunnit mig i liknande rum tusentals gånger, men då i en annan ställning. Då var det jag som hade befälet, jag var prydligt klädd, stod upp och såg ned på den hjälplösa patienten i sängen. Nu var jag denna patient och bokstavligen avklädd min värdighet. Jag hade inte befälet längre.³⁰⁶

Mer än ett halvt sekel har gått sedan Goffman och Parsons först formulerade sina teorier. På många sätt har samhället förändrats sedan dess. Avstånden i den beslutshierarki mellan läkare och patient – som är så central för Parsons modell – är idag mindre. Monolog är utbytt mot dialog, inordnad följsamhet mot teamarbete. Parsons funktionalistiska indelning i läkaren som upphöjd och aktiv och patienten som passiv och utlämnad har på goda grunder kritiserats.³⁰⁷ Kritik har också riktats mot hur Parsons skisserar en idealsituation där läkarens förmåga att ställa diagnos och erbjuda behandling är total, liksom patientens känsla av att bli förstörd av sin läkare och att prompt acceptera den behandling som erbjuds.³⁰⁸ Dessutom har Parsons teori kritiserats för dess underlåtenhet att se att olika patienter i praktiken ofta behandlas på skilda sätt. Turner skriver:

Parsons' sick-role formulation assumed that doctors would orientate to the patient on the basis of a universalistic norm irrespective of the particular characteristics of the patient. This assumption about universalism does not appear to be borne out in empirical research.³⁰⁹

I andra avseenden är Parsons och Goffmans modeller fortfarande giltiga. Rollfördelningen mellan läkare och patient är alltjämt en fundamental del av sjukvårdens vardag. Och även om informationssamhället på senare år jämnat ut den kunskapsmässiga asymmetrin mellan läkare och patient, så är ändå Goffmans uppdelning mellan ett främre och ett bakre rum relevant. På samma sätt är definitionen av diskrepanta roller och det dramaturgiska sammanbrottet användbara kognitiva verktyg för att förstå vad som händer den läkare som blir patient.³¹⁰

³⁰⁶ Edward Rosenbaum (1992), *Läkaren som patient*, Stockholm: Bonnier, s.13.

³⁰⁷ Lupton (2012), *Medicine as Culture*.

³⁰⁸ Bryan S. Turner (2007), *Medical power and social knowledge*, London: SAGE Publications, s.43.

³⁰⁹ *Ibid.*, s.45.

³¹⁰ Att Erving Goffmans och Talcott Parsons' tankemodeller är möjliga att applicera på den sjukdomsdrabbade läkarens belägenhet uppmärksammas också av Robert Klitzman i vittnesmålsantologin *When doctors become patients* (2008), s.146 och s.266.

Föreställningen om den medicinska vardagen som ett pågående drama med läkare och patienter som två av händelseförloppets centrala rollfigurer är, rätt använd, en klagörande tankemodell för att som yttre betraktare bättre förstå det sociala samspel som äger rum i sjukvården. Genom sin utgångspunkt i sociala och formbara aspekter av vad det innebär att vara människa utgör tankemodellen dessutom ett önskvärt komplement till det biomedicinska perspektiv som dominerar sjukvården. Arthur Frank är en av dem som menar att synen på vården som ett drama inte bara borde vara den yttre betraktarens, inte bara sociologens, utan också de medicinska aktörernas egen. Ett sådant perspektiv skulle nämligen, menar Frank, ge ökad insikt om att sjukvård, utöver att vara en medicinsk företeelse, också är en form av social samvaro:

[P]hysicians, nurses, technicians, and administrators – need to understand that they are playing parts in the drama of the ill person’s plight, and that how they play their parts shapes this drama just as consequentially as the disease – the cellular pathology – shapes it.³¹¹

³¹¹ Frank (2007), "Five dramas of illness" s.380.

Läkarroll och patientroll i förvandling

Läkarrollens och patientrollens förändring över tid är ett ämne som det skrivits mycket om. De skiftande positioneringar som läkare och patient intagit till varandra säger något väsentligt om det som alltid varit – och fortfarande är – vårdens mest centrala händelseakt, nämligen det medicinska mötet. Men läkarrollens och patientrollens föränderlighet över tid är också möjlig att se som en avspiegling av hur medicinen som kunskapsfält betraktats under olika epoker. Att förstå hur samspelet mellan läkare och patient tagit form är också att samtidigt förstå hur medicinens plats i relation till omgivande samhälle har förändrats.

Vad som följer här är en orienterande skiss över läkarrollens och patientrollens utveckling under de senaste 150 åren, dvs. från det att medicinen alltmer började anta formerna av en sammanhållen vetenskap. Förhoppningen är att framställningen ska öka synskärpan i vår betraktelse av den sjukdomsdrabbade läkarens upplevda dilemma, genom att definiera de två rollidentiteter – läkare och patient – som varje sjuk läkare behöver förhålla sig till. Två aspekter berörs särskilt, nämligen frågan om varifrån läkaren över tid hämtat sin legitimitet och i vilken utsträckning läkarrollen präglats av flexibilitet eller fixering.

Legitimitet. I boken *Läkare och läkekonst* (2010) konstaterar den svenska medicinhistorikern Motzi Eklöf att förtroende ”alltid varit centralt för läkare såsom en förutsättning för läkarkonstens framgång.”³¹² Också innan medicinen var *evidence*-baserad så var den i högsta grad *confidence*-baserad. Men vad är det egentligen som vid olika tidpunkter skänkt läkaren legitimitet i det medicinska mötet och hur har grunden för detta förtroende skiftat över tid?

Fixering visavi flexibilitet. För att en läkare ska kunna bli patient måste en rollförflyttning ske. Men en rollförflyttning förutsätter alltid ett visst mått av flexibilitet gentemot sin utgångsposition. Det är därför intressant att fråga sig om de rollpositioner som intagits av läkare och patient vid olika tidpunkter i historien har kännetecknats av *flexibilitet* eller *fixering*. Det vill säga i vilken utsträckning har de ofta stereotypa identiteter som varit knutna till läkar- och patientrollen varit möjliga att omförhandla utifrån situationens villkor, och i vilken utsträckning har de istället varit begränsade av en rigid och på förhand given perceptionsmall?

³¹² Motzi Eklöf (2010), *Läkare och läkekonster*, Stockholm: Carlsson, 119.

Läkarrollen i de hippokratiska skrifterna

Någon universell och enhetlig relation mellan läkare och patient har förstås aldrig funnits. Snarare har varje tidsepok, precis som vår egen, inom sig rymt en uppsättning parallella uppförandekoder och beteenderepertoarer.³¹³ Olika sätt att förhålla sig till varandra som läkare och patient beroende på bland annat sjukdomens art och patientens sociala tillhörighet. Men olika tidsepoker har ändå betonat skilda övergripande ideal och olika sätt att agera och interagera läkare och patient sinsemellan.³¹⁴

De första detaljerade anvisningarna åt den läkare som ville agera med trovärdighet i sin yrkesutövning härstammar från antiken. I verket *Om läkaren* från 400-talet före Kristus, tillhörande de hippokratiska skrifterna, instrueras läkaren att klä sig väl och slå vakt om sin renlighet, med motiveringen att detta ”göra ett behagligt intryck på de sjuka.” I samma passage framgår att läkaren ska eftersträva hedersmannens karaktär. Tystlåtenhet och rättrådighet bör bejakas, inställsamhet och medgörlighet undvikas. Ansiktet ska utstråla ”lugn betänksamhet utan sträfhets” och i samspelet med patienterna bör läkaren avstå från ”omåttlig glädthet.” Att läkarens trovärdighet under antiken handlade minst lika mycket om yttre attribut och karisma som medicinska kunskaper framgår särskilt tydligt av följande passage:

Det är för en läkare rekommenderande att ha ett friskt utseende och ett godt hull [...] Allmänheten håller nämligen före, att de, som ej sjelfva ha sin kropp i ett dylikt godt skick, ej heller rätt kunna sköta andra.³¹⁵

En sund utstrålning, med andra ord, som avgörande för den antike läkarens legitimitet liksom, får man anta, en sjuklig uppsyn som en begränsande omständighet. Och kanske är det egentligen inte så märkligt. Under en tid när de verksamma medel som stod till buds för att mota undan sjukdom och ohälsa var ytterst få, blev det av naturliga skäl viktigare att framstå som en trovärdig aktör. Genom att med sin uppenbarelse ingjuta förtröstan medan kroppens naturliga läkningsprocesser gavs tid att verka hade man som läkare under antiken kanske fyllt sin viktigaste funktion.

³¹³ Motzi Eklöf (2013), ”Vetenskap, läkekonst och läkarutbildning. Ett historiskt perspektiv” *Bilaga till SOU 2013:15, För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning*, red. Stefan Lindgren, s.263.

³¹⁴ Cole (2015), *Medical Humanities. An introduction*, s.26.

³¹⁵ Hippokrates (1910), ”Om läkaren” s. 610.

Medicinens utveckling till en vetenskap

Med tanke på den medicinska kunskapens snabba förändringstakt i våra dagar kan det vara svårt att förstå att de antika skrifternas inflytande över medicinen fortgick under nästan tvåtusen år. Det gällde inte bara föreställningar om anatomi, patofysiologi och farmakologi, med förgrundsgestalter som Aristoteles och Galenos, utan också etiska och beteendemässiga överväganden. Egentligen var det först i samband med medicinens utveckling till en vetenskap under 1800-talet som sanningsanspråket i det antika arvet stegvis luckrades upp.³¹⁶ Medicinens vetenskapliggörande låter sig bäst förstås som en process där byggsten efter byggsten togs fram under åtskilliga sekel. Men det var först på 1800-talet som stenarna var så många och så väl anpassade till varandra att grunden kunde läggas till den konstruktion som vid skiftet in mot 1900 faktiskt hade potential att förbättra hälsotillståndet på individ- såväl som på samhällsnivå.³¹⁷ Cellbiologin, bakteriologin, antiseptiken, röntgentekniken, anestesin och den avancerade kirurgin. Listan över 1800-talets och det tidiga 1900-talets vetenskapliga upptäckter kan göras lång.

När medicinen blev till en vetenskap blev också läkaren till en utövare i vetenskapens tjänst. Därmed fick läkaren ett stabilare fundament än den egna uppenbarelsen och beteendekoden att luta sig mot i sin trovärdighet. De medicinska företrädarna gavs nu en legitimitet som var grundad i någonting bortom dem själva, liksom ett sanningsanspråk som de möjligen också under tidigare sekel försökt ge sken av, men aldrig någonsin egentligen besuttit. Som en konsekvens av medicinens vetenskapliggörande förändrades under 1800-talet både den sociala arena där vården bedrevs och de uppförandekoder som reglerade läkar-patientrelationen.³¹⁸ I sitt verk *Lidande och Läkedom* (2015) skriver Nils Uddenberg om den nya föreställning som började ta form:

De medicinska framstegen under 1800-talet medförde att läkarna framstod som vetenskapens banerföregångare och hjältar. De associerades med omfattande teoretiska kunskaper, avancerad teknik och djärva men ofta lyckosamma ingrepp.³¹⁹

Vetenskapens intåg i medicinen innebar således att läkaren fixerades i en roll som kunskapens upplyste företrädare och patienten i en mer passiv roll, såsom underställd en avancerad och medicinskt professionaliserad organisation. Om den rationella

³¹⁶ Uddenberg (2015), *Lidande och Läkedom. Del I*, s.37.

³¹⁷ *Ibid.*, s.261.

³¹⁸ Michel Foucault (1994), *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*, New York: Vintage books, s.196.

³¹⁹ Nils Uddenberg (2015), *Lidande och Läkedom. Del II*, Stockholm: Fri tanke förlag, s.22.

läkartyp som uppstod vid sekelskiftet skriver Karin Johannisson att den var ”formad av kritisk distans, klinisk effektivitet och samhällspolitiskt ansvar.”³²⁰ Till utvecklingen bidrog dessutom att vården under 1800-talet flyttade från patientens eget hem och in i de stora sjukhus som då tog form.

Det var som en konsekvens av att den medicinska vetenskapen gjort läkekonsten alltmer teknikorienterad som sjukhuset under 1800-talet tog över som fysisk hemvist för en allt större del av den vård som bedrevs.³²¹ Dessa sjukhus – med namn som Hôpital de la Pitié-Salpêtrière i Paris och The Knickerboxer hospital i New York – var byggnader med plats för hundratals, ibland tusentals bäddar, och innebar att relationen mellan läkare och patient i grunden förändrades. Bort från personlig kännedom och ett förtroende mellan läkare och patient som grundlagts under årtionden av kontinuitet, i riktning mot en institutionaliserad umgängesform vägled av allmängiltiga principer.³²² I dessa storskaliga sjukvårdsinrättningar var, konstaterar Johannisson ”medkänsla inte längre en självklar tillgång.”³²³

Sociologen Nicholas Jewson är en av dem som allra tydligast beskrivit hur övergången till sjukhusmedicinen under 1800-talet påverkade interaktionen mellan läkare och patient. Jewson skildrar en utveckling där fördelningen av inflytande i allt väsentligt svänger från patienten till läkaren som ledande aktör i det medicinska mötet.³²⁴ Innan medicinen blev en vetenskap och sjukhusbyggnaden den plats där vården bedrevs hade patienten varit den som befann sig i sin hemvana miljö, medan läkaren var bjuden till sjukbädden som gäst. Eftersom de patienter som hade råd att konsultera läkare dessutom hörde till samhällets övre skikt, stod patienten i social status ofta över läkaren. Det var inte ovanligt att flera olika läkares synpunkter inhämtades innan patienten bestämde sig för vems råd som skulle följas. I själva interaktionen mellan läkare och patient hade patienten således en betydande kontroll över skeendet, och de läkare som framstod som mindre trovärdiga fick finna sig i att avvisas. Dessutom, eftersom de diagnostiska och terapeutiska verktygen var så begränsade var det patientens berättelse som mer än något annat stod i centrum för mötet. Thomas Cole beskriver den förvetenskapliga medicinen som en praktik där förhållandet mellan

doctors and patients were based in local communities and built up over many years. They were face-to-face, entailed a careful physical examination, and, at least ideally,

³²⁰ Johannisson (2004), *Tecknen*, s.80.

³²¹ Uddenberg (2015), *Lidande och Låkedom. Del II*, s.17.

³²² Cole (2015), *Medical Humanities. An introduction*, s.35.

³²³ Johannisson (2004), *Tecknen*, s.80.

³²⁴ Nicholas Jewson (1976), ”The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870” *Sociology* vol.10, s.225-244.

based on trust. Patients did not expect to be cured, but they did expect to be cared for and comforted.³²⁵

De förändringar i vetenskaplig riktning av medicinen som ägde rum under 1800-talet innebar inte bara att läkarens ställning stärktes i det medicinska mötet, utan också att en tydligare, mer enhetlig och generellt gällande dramaturgi tog form för det sociala samspelet inom vården. Läkarens grund för förtroende försköts till något som i mindre utsträckning än tidigare hade att göra med fysisk uppenbarelse, beteende och personlighet. Motzi Eklöf konstaterar att med medicinens utveckling kom idealbilden av läkaren att skifta fokus ”från läkarens personliga egenskaper och förmågor, till evidensbaserad av medicinska teknologier.”³²⁶ Från en legitimitet som under antiken och fram till 1800-talet kan sägas ha varit *internaliserad* i läkarens egen person, till en legitimitet som i allt högre utsträckning var *externaliserad* till faktorer bortom läkarens fysiska existens. Samtidigt *fixerades* då läkaren – liksom patienten – som rollfigurer i högre grad än tidigare i ett förutbestämt och sjukhusbaserat medicinskt drama styrt av yttre formalia, en enhetlig scen och fasta rekvisita. Historikern Mary Lindeman skriver om den scenförändring som ägde rum i samband med att medicinen blev en vetenskap:

with the rise of hospital medicine and the clinico-anatomical method did control migrate away from the patient. Physicians then moved to the center stage in the drama of medical practice.³²⁷

Läkaren som idealtyp under 1900-talets första hälft

Under 1900-talets första hälft fortsatte läkaren att åtnjuta vetenskapens höga ideal, och från tiden efter första världskriget kom skolmedicinens reduktionistiska syn på människan att vinna ”en nästan total seger” medan alternativa medicinska utövare allt tydligare avfärdades som kvacksalvare.³²⁸ Men samtidigt började också kritiska röster höras. Som en reaktion mot vårdens institutionalisering och vetenskapens reduktionistiska syn på människan, väcktes farhågor inom läkarkåren att medicinen var på väg att tappa sin medmänskliga prägel. Flera ledande företrädare för medicinen började betona vikten av att hålla kvar patienten som individ i synfältet. För svensk räkning kan den så kallade Enköpingsdoktorn Ernst Westerlund (1839-1924) betraktas som representant för en sådan tankefåra, liksom internationellt William Osler (1849-

³²⁵ Cole (2015), *Medical Humanities. An introduction*, s.32.

³²⁶ Eklöf (2013), ”Vetenskap, läkekonst och läkarutbildning. Ett historiskt perspektiv” s.285.

³²⁷ Mary Lindeman (2010), *Medicine and society in early modern Europe*, Cambridge: Cambridge University Press, s.238.

³²⁸ Eklöf (2013), ”Vetenskap, läkekonst och läkarutbildning. Ett historiskt perspektiv” s.275.

1919) och Francis Peabody (1881-1927). Två trender löpte således parallellt under första hälften av 1900-talet, där emellertid den läkarcentrerade föreställningen om det medicinska mötet och synen på doktorn som en sanningsbärande vetenskapsman var den i allt väsentligt dominerande.

Motzi Eklöf har för svensk räkning ingående kartlagt läkarrollens kännetecken under 1900-talets första hälft. Med hjälp av minnesteckningar över avlidna svenska doktorer, publicerade i de medicinska organen *Hygiea* och *Läkartidningen* har hon sammanställt en ”fantombild av den ideale läkaren.”³²⁹ Att dessa runor inte självklart anger hur läkarna verkligen var under sin livstid är uppenbart, men som avspegling av en förväntad läkarroll – en arketyp – är Eklöfs fantombild ändå intressant.

I sin sammanställning spårar Eklöf en läkarroll där vetenskaplighet och fackkunskaper betonas som självklara ideal. Men läkarna förväntas samtidigt också behärska en uppsättning sociala förhållningsregler.³³⁰ Den ideale läkaren skulle under 1900-talets första decennier vara samhällligt engagerad, rättrådig, plikttrogen och oegennyttig.³³¹ Han – eller mer undantagsvis hon – skulle arbeta för vetenskapens högre syften för samhället och människan i detta samhälle.³³² En intressant notering Eklöf gör är att de bortgångna läkarnas egna sjukdomar skildras relativt ingående i dessa minnesteckningar. Eklöf skriver: ”här är det inget hymlande med dödsorsaker eller diskretion vad gäller sjukdomshistoria.”³³³ Ett sådant exempel är Gösta Ekehorns runa över kollegan Carl Wilhelm Henrik Key i *Läkartidningen* från 1954 där en sista tid präglad av återkommande gulsotsattacker, hjärtinfarkter, mesenterialkärlstrombos, njursten, tarmextirpation och slutligen hjärtstillestånd redovisas utan närmare diskretion.³³⁴ De döda kollegorna är uppenbarligen också fångslande medicinska fallrapporter att leva sig in i för efterlevande kollegor. Kanske var det sjukdomspanorama som föregick döden en viktig pusselbit för tidskriftens medicinska läsare när de skapade sig en bild av formerna för kollegans bortgång. Samtidigt är det just inget annat än diagnoser staplade på varandra som avslöjas i dessa runor. Läkarnas upplevelse av sjukdom är strikt medicinsk, medan erfarenheterna från patientrollen inte omnämns. För, som Eklöf skriver

³²⁹ Eklöf (2010), *Läkare och läkekonster*, s.34.

³³⁰ Ibid., s.21.

³³¹ Ibid., s.34.

³³² Eklöf (2013), ”Vetenskap, läkekonst och läkarutbildning. Ett historiskt perspektiv” s.275.

³³³ Eklöf (2010), *Läkare och läkekonster*, s.38.

³³⁴ Ibid., s.35.

tanken att en läkare skulle kunna bli patient, och därmed även han uppvisa patientens alla tillskrivna idealtypiska karakteristiska drag och förhållningssätt gentemot läkaren och sin egen sjukdom och läkningsprocess – den ingår inte i bilden.³³⁵

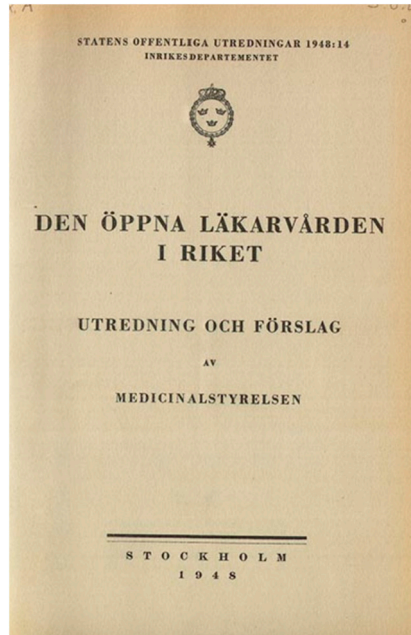
Läkarroll och patientroll under senare delen av 1900-talet

Under 1900-talets första hälft fortsätter således läkarrollen att omdanas enligt den utvecklingslinje som startade på 1800-talet. Läkaren går från att vara provinsialt placerad till sjukhusanknuten, från traditionsbunden till teknokratisk, från personligt inkännande till sakkunnigt företrädande och från individuellt karismatisk till kollektivt uniform. Därefter sker under 1900-talets senare del en stegvis uppluckring av denna fixerade syn på läkare och patient. Reaktionen mot den reduktionism som präglat medicinen sedan slutet av 1800-talet växer sig starkare och får nu även politisk förankring. I 1948 års SOU-utredning av läkarutbildningens framtida utformning ifrågasätts öppet föreställningen att läkaren ska vara uteslutande vetenskapsman.³³⁶ Nya, eller snarare nygamla, ideal betonas nu jämte vetenskaplighet, t.ex. ”fantasi och medkänsla [...] associationsförmåga, förmåga till överblick och intuition.” En av slutsatserna i SOU-utredningen från 1948 är att läkarkåren behöver breddas och medicinutbildningen arbeta för att rekrytera personer med en humanistisk intressesfär.³³⁷

³³⁵ Ibid., 123f.

³³⁶ Eklöf (2013), ”Vetenskap, läkekonst och läkarutbildning. Ett historiskt perspektiv” s.276.

³³⁷ Medicinalstyrelsen 1948, *SOU-utredning 1948:14. Den öppna läkavården i riket. Utredning och förslag*, s.207.



SOU-utredning 1948:14 *Den öppna läkarvården i riket. Utredning och förslag*

I utredningen konstaterar medicinalstyrelsen att framtidens läkare, utöver medicinska ämneskunskaper också behöver träning i egenskaper som "fantasi och medkänsla [...] förmåga till överblick och intuition."

På 1970-talet tar sedan en samhällsopinion form för en vård som visar större lyhördhet för patientens upplevda behov. Trenden är inte enbart svensk. På universitet i Storbritannien och USA växer det akademiska fältet *Medical Humanities* fram som en reaktion mot synen på patienten som objektifierad biologisk kropp snarare än sjukdomsdrabbad individ (se även sidan 44). Delvis som en konsekvens av dessa förändrade strömningar i samhället börjar hierarkierna i vården att planas ut och nya teambaserade arbetssätt uppstår. Patientorganisationer tar form och patienten börjar alltmer hävda sin rätt till begriplig information och inflytande över de beslut som fattas i sjukvården. Synen på det medicinska mötet förändras under 1900-talets andra hälft, från ett direktivbaserat beslutsfattande till ett dialogbaserat samråd. Det medicinska mötet öppnas upp för förhandling.

I boken *The shaping of a profession* (1996) sammanfattar Stein A. Evensen, professor i intermedicin i Oslo, just dessa centrala drag i läkarrollens utveckling under 1900-talets senare hälft.

Key factors are the devaluation of the patriarchal image of the physician and a strengthened patient influence [with] greater equality between physicians and other health professionals.³³⁸

Detta är en utvecklingsfas som fortfarande pågår och som accelererat genom patientens ökade tillgång till medicinsk information. Samtidigt är det också en utveckling som uppmuntras från politiskt håll. I SOU-utredning 2013:15 om läkarutbildningens framtida utformning är en slutsats att ”patienten behöver vara mer delaktig i planering och genomförande av sin egen vård och behandling.”³³⁹ Valfrihet och patientinflytande har i vår samtid blivit ledord för en politisk föreställning om sjukvårdens framtida riktning där vårdpersonalens uppgift alltmer handlar om att vägleda patienten till de beslut som han eller hon själv är med och fattar.

Samtidigt är det viktigt att betona att omvandlingen mot en sådan patientcentrerad vård inte bara kommit till stånd som ett resultat av påtryckningar från patientgrupper och politiker, utan observerats och bejakats också av de medicinska yrkesutövarna själva. I ett debattinlägg i *Läkartidningen* 2012 välkomnar två företrädare för svenska Läkarförbundets etiska råd att ”det patriarkala förhållningssättet till patienten ersatts av ett annat med betoning på medbestämmande och respekt.”³⁴⁰ Många av de drygt 30000 läkare som idag verkar i Sverige väljer i avsevärt högre grad än tidigare att betrakta sitt yrke som ett arbete snarare än ett predestinerat kall. Läkarrock och stetoskop är något man hänger av sig och lämnar i omklädningsrummet innan man beger sig hem efter arbetsdagens slut. Familj och andra intressen än arbetet ska hinnas med. Patienterna rapporteras över till de läkare som tar vid nästa skift, och bland de som sörjer för vårdens organisering ses personbunden kontinuitet inte längre som en avgörande faktor för patientsäker vård. Som en konsekvens har också läkarrollen ändrats. När reumatologen Edward Rosenbaum i boken *A taste of my own medicine* (1988) retrospektivt summerar de förändringar som ägt rum i den amerikanska läkarkårens inställning till sin yrkesroll nämner han just denna minskade vilja att lägga hela sin tid på yrket.

För mig var det normalt med en fjortontimmarsdag plus de nattliga besöken. Den nya gruppen läkare kräver tolvtimmarsdag med semestrar och lediga dagar.³⁴¹

³³⁸ Stein A. Evensen (1996), ”The changing conditions for the hospital physician” *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*, red. Øivind Larsen, Canton Massachusetts: Science History Publications, s.412.

³³⁹ Stefan Lindgren (2013), *SOU 2013:15. För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*, s.78.

³⁴⁰ Thomas Flodin, Söderlind Rutberg K. (2012), ”Den nya läkarrollen utmanar god yrkesetik” *Läkartidningen* vol.109, s.1719.

³⁴¹ Rosenbaum (1988), *Läkaren som patient*, s.169.

Sedan Rosenbaum gjorde den reflektionen har utvecklingen fortsatt åt samma håll. I dagens svenska kontext förväntar vi oss, om inte åttatimmarsdagar så i vart fall fyrtyotimmarsveckor. Allt detta har också bidragit till förändrade schablonbilder av läkaren som rollfigur i det medicinska dramat.³⁴²

Rollpositionernas förflyttning över tid

Sammanfattningsvis kan man konstatera att när medicinen under 1800-talet blev en vetenskap och läkaryrket en verksamhet styrd av rekommendationer från expertgrupper, så kom samtidigt grunden för den enskilde läkarens förtroende alltmer att vila på faktorer bortom hans eller hennes egen person. Läkarens legitimitet *externaliserades* och vetenskapligt utövande ersatte personlig utstrålning som främsta grund för trovärdighet.

Men med vetenskapens utveckling skedde också mot slutet av 1800-talet en utveckling mot *ökad fixering* och minskad flexibilitet i läkarrollen. Vården institutionaliserades till stora sjukhus och läkaren förväntades axla vetenskapsmannens förutbestämda kännetecken. Patientens röst blev mindre hörbar och den ökade distansen mellan läkare och patient sträcktes ut till en hierarkisk och läkarstyrd dramaturgi. Johannisson skriver om de förändringar som ägde rum på den medicinska arenan vid skiftet in mot 1900-tal:

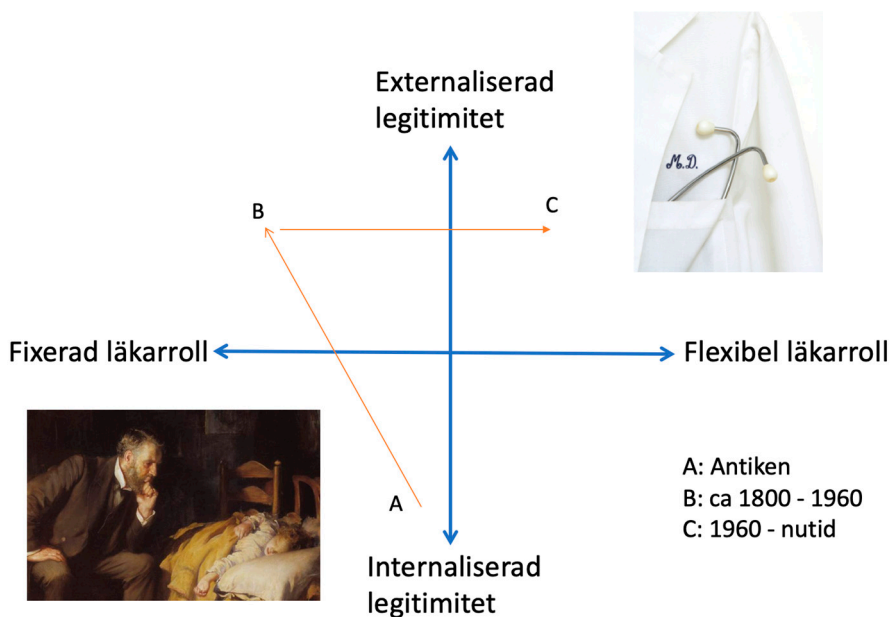
Mötet mellan läkare och patient som sinnebild för medicinen ersattes med bilden av vetenskapsmannen som undersöker ett objekt. Instrument kom att läggas emellan dem, instrument som skärpte den diagnostiska precisionen, men som också markerade distans.³⁴³

Konsekvensen av en sådan utveckling, med hänsyn till problemområdet 'läkaren som patient' bör då rimligtvis ha varit att även om hälsomässiga krämpor nu ansågs mindre blamerande, så blev patientrollen och patientupplevelsen av sjukdom snarast mer otillgänglig, rentav stigmatiserad. Att agera med trovärdighet i läkarrollen krävde att man upprätthöll ett avstånd till patienten och patientrollen. Biomedicinska aspekter av egen sjukdom kunde fortfarande avhandlas läkare emellan, men tillgången till sjukrollen stannade antagligen just vid denna medicinska objektifiering av den egna sjuka kroppen. Detta är också tydligt i delarbete ett, tre och fem där varken Holmgren, Dr Poljakov eller Max Pinner, från det perspektiv de intar under 1900-talets första hälft, har någon annan tillgång till sjukrollen än den strikt medicinska.

³⁴² Evensen (1996), "The changing conditions for the hospital physician" s.413.

³⁴³ Johannisson (2004), *Tecknen*, s.271.

Slutligen, under senare hälften av 1900-talet har läkarroll och patientroll återigen omförhandlats. Läkaren har både självmant och som en konsekvens av processer i samhället i stort fått lämna sin upphöjda position och blivit en mer jämställd aktör i den medicinska vårdverkligheten. Mötet mellan läkare och patient är idag mindre förutbestämt än tidigare och mer öppet för förhandling i den unika situationen. Som en konsekvens har en *ökad flexibilitet* i läkarrollen tagit form. Från politiskt håll skickas dessutom signaler om att en mer patient- eller personcentrerad vård önskas. Läkaren som känslomässigt lyhörd gestalt är vad som efterfrågas i det kliniska mötet. Frågan är vad den utvecklingen gör med grunden för läkarens legitimitet. Behåller den sin *externaliserade* karaktär eller blir den åter mer knuten till läkaren som person? En rimlig bedömning är att läkarrollen idag genomgår en annan sorts individkoncentrering än för 150 år sedan. Det som eftersträvas i våra dagar är en vård som oavslutligt baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, men som utöver detta självklara fundament också kompletteras med värden som lyhördhet och ett inknärande förhållningssätt. I den mån grunden för läkarens trovärdighet åter *internaliseras* är det inte med avseende på läkarens rollkaraktär utan snarare med avseende på läkarens personliga förmåga att låta patienten ta plats som fullskalig individ i det medicinska mötet.



Läkarroll i förändring

Figuren visar hur läkarens legitimitet i samband med den medicinska vetenskapens framväxt externaliserades till något bortom läkarens fysiska uppenbarelse, samtidigt som den yrkesmässiga självbilden fixerades till vetenskapsmannens (A → B). Under det senaste halvsekle har den egna yrkestillhörigheten istället blivit en mer flexibel beståndsdel av läkarens identitet (B → C). I det nedre vänstra hörnet ses en beskuren del av Lucas Fildes (1843-1927) målning *The Doctor* (1891). Copyright Tate Gallery, CC-BY-NC-ND 3.0. <https://www.tate.org.uk/art/artworks/fildes-the-doctor-n01522>.

Sammantaget ter det sig rimligt att föreställa sig att de senaste decenniernas *ökade flexibilitet* i läkarrollen, *ökade förhandlingsbarhet i det medicinska mötet*, och självklara dominans av en *externt grundad läkarlegitimitet*, har underlättat för den läkare som själv blir patient att närma sig sjukvården på ett ändamålsenligt sätt. Att läkarkåren dessutom idag har större vana, än för några decennier sedan att hantera den välinformerade patienten borde ytterligare kunna bidra till att den läkare som blir sjuk nuförtiden lättare kan hitta en bekväm rollposition i det medicinska mötet.

Diskussion och slutsatser

När studien så ska summeras vill jag först påminna om den föreställda tudelning – *dikotomisering* – som var avhandlingsarbetets kunskapsmässiga utgångspunkt. En sjuk läkare ställs inför utmaningen att manövrera och försöka härbärgera två olika föreställningsvärldar, med olika och delvis svårförenliga rollförväntningar och beteenderepertoarer. Å ena sidan de yrkesmässigt invanda, de som bottnar i synen på sjukdomen som en medicinsk entitet. Å andra sidan de personligt upplevda, de som snarare handlar om att agera i enlighet med ett patientideal. Flera studier antyder att det är just i denna dikotomisering som läkarpatientens principiella utmaning ligger. Så konstaterar t.ex. Hahn att sjuka läkare behöver hitta sätt att förena “two cultures, two languages and two societies within a single person”³⁴⁴ medan McKevitt och Morgan formulerar det som att läkarpatienten ”presents as at once insider and outsider, creating ambiguity: the union in one body of two apparent opposites.”³⁴⁵

Följande diskussion återknyter till de fyra syften som tydliggjordes på sidan 23 och som här leder fram till sina summerande slutsatser.

1. Att genom ett antal exempel belysa hur enskilda läkare från 1900-talets början och fram till idag i beskrivande text har gestaltat erfarenheten av egen sjukdom och upplevelsen av att själv(a) bli patient(er).
2. Att lokalisera likheter och skillnader över tid i de nedtecknade vittnesmålen av sjuka läkare och att diskutera vad dessa likheter och skillnader kan bero på.
3. Att placera den självbiografiskt gestaltade erfarenheten av sjukdom bland läkare i en vidgad sociokulturell och historisk kontext i syfte att öka förståelsen för den problematik som den sjukdomsdrabbade läkaren möter.
4. Att utifrån de analyserade vittnesmålen föreslå strategier som kan underlätta för den läkare som blir sjuk att nå en ändamålsenlig rollposition i det medicinska mötet.

³⁴⁴ Robert Hahn (1985), “Between two worlds. Physicians as patients” *Med Anthropol Q* vol.16, s.97.

³⁴⁵ McKevitt (1997), “Anomalous patients: the experiences of doctors with an illness” s.660.

Avhandlingens resultat i en samtida kontext

Eftersom primärmaterialet i avhandlingens delstudier utgörs av berättelser – *narrativ* – så har mitt tillvägagångssätt för att närma mig dessa berättelser varit texttolkning – *close-reading* – grundat på hermeneutiska och narratologiska principer. Med berättelsen som primärmaterial har ambitionen varit att *belysa* snarare än bevisa, *förstå* snarare än förklara och *problematisera* snarare än kategorisera. Som jag tycker mig ha visat i flera av avhandlingens delstudier är en sådan texttolkande metod ett verksamt sätt att blottlägga meningsinnehåll av sammansatt innebörd. Berättelsen kan onekligen, precis som Hydén och Bülow konstaterar, med rätt tolkningsverktyg bli ”kanske den viktigaste och mest kraftfulla form som vår kultur tillhandahåller [...] för att skapa mening i livserfarenheter och upplevelser.”³⁴⁶

Genom läkarpatienternas nedtecknade berättelser kan vi nå djupare i vår förståelse av den sjuke läkarens upplevda dilemma. Men den fördjupade analysen av det enskilda vittnesmålet har också sina begränsningar. Det gäller särskilt för möjligheten att dra slutsatser med bäring bortom just den enskilda erfarenhet som uttolkas. Det hermeneutiskt styrda närstudiet av ett begränsat antal texter lämpar sig för den forskare som, för att citera Malterud, vill blottlägga ”erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder” hos de individer som studeras.³⁴⁷ Däremot kan en sådan metodologi aldrig generera kunskap som är objektivt jämförbar eller som gör anspråk på generaliserbar giltighet.³⁴⁸ Eftersom just detta istället är styrkan med en kvantifierande forskningsansats betraktas ofta det kvalitativa och det kvantitativa kunskapsökandet som varandras motpoler.

Men föreställningen om en sådan motsättning är många gånger omotiverad och för en forskningsuppgift om ’läkaren som patient’ direkt olycklig. Sjuklighet och vårdsökarbeteende bland läkare är företeelser vars komplexitet inte fullt ut låter sig kartläggas utifrån en enda vetenskaplig metod. Snarare finns det, som denna studie kunnat visa, en poäng i att dra nytta av de styrkor som olika metodologier erbjuder. Med ett inkluderande förhållningssätt kan det kvalitativt tolkande och det kvantitativt mätande betraktas som *kompletterande* snarare än *konkurrerande* sätt att avbilda verkligheten. För på samma sätt som fördjupade vittnesmålsskildringar kan klä p-värden och konfidensintervall i en språkdräkt av mänskligt nyanserad erfarenhet, så kan också enkät- och registerstudier ge vägledning i frågan om vilka av de patografiska

³⁴⁶ Lars-Christer Hydén, Bülow P. (2004), “Tidens väv: om sjukdomsberättelser” *Tidskrift för litteraturvetenskap* vol.33, s.81.

³⁴⁷ Malterud (2009), *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*, s.30.

³⁴⁸ Denscombe (2010), *The good research guide*, s.62.

vittnesmålens tankeprocesser som är möjliga att upphöja till något med bäring också bortom det individuellt beskrivna.

Med tre exempel vill jag här visa hur avhandlingens olika delstudier kan sägas belysa en sådan ömsesidighet, mellan det kvantitativa och det kvalitativa. Det vill säga hur de kan visa på berättelsens potential till fördjupad förståelse av sådana resultat som också finns redovisade i enkät- och intervjustudier.

Det första exemplet gäller det informella vårdsökarbeteende där bl.a. egenförskrivning och korridorconsultationer i ett flertal enkät- och intervjustudier visats vara ett etablerat sätt för sjuka läkare att närma sig vården. Här blottlägger särskilt delarbete ett, tre och fem några av de bakomliggande resonemang och motiv som reglerar ett sådant informellt vårdsökande. I delarbete ett skildras några av de psykologiska mekanismerna bakom den missbrukande läkares upplevda stigma och oron för konsekvenserna av ett uppdragat missbruk. I delarbete tre belyser brev och dagboksanteckningar av Israel Holmgren hans orubbliga positionering som läkare när han lägger in sig själv på Serafimerlasarettet. Och i delarbete fem beskriver Max Pinner hur oviljan att söka vård längs de gängse vägarna inte bara är självvald, utan också handlar om en oförmåga att bli betraktad som något annat än en yrkeskollega:

Because I am a physician myself, not more than one or two of my physicians were able [...] to avoid discussing "my case" with me as if I had been called into consultation. They failed to give definite orders and advice and tended to say, explicitly or implicitly, "You know what to do!"³⁴⁹

Det andra exemplet på hur avhandlingens delstudier kan nyansera vår förståelse av 'läkaren som patient' gäller det annorlunda sjukskrivningsmönster som befintliga registerdata pekar på, med en lägre andel korta och fler längre sjukskrivningar bland läkare jämfört med befolkningen i stort. I delarbete fyra ges, via Pia Dellsons epigrammatiska reflektioner, en fördjupad inblick i den stressbelastade läkares mentala motstånd till sjukskrivning. Dellson visar här på innebörden av det stigma som läkare kan uppleva när de sjukskrivs på grund av psykisk ohälsa, och nyanserar därmed vår förståelse av de mentala mekanismer som enkätstudier också ringat in.³⁵⁰

Det finns också andra vittnesmål än de som ingår i avhandlingens fem delstudier som med nyanserande skärpa belyser tankemönster och föreställningar bland läkare med psykisk ohälsa. Det gäller till exempel den kvinnliga barnläkare som under pseudonymen Louise Redmond skriver om sina depressiva besvär. Trots djupa skov med uttalade självmordstankar avfärdar Redmond möjligheten att be om hjälp, med

³⁴⁹ Max Pinner (1952), "Chronic heart disease" *When doctors are patients*, red. Max Pinner & Benjamin Miller, New York: W.W. Norton & Co, s.26.

³⁵⁰ Fridner (2012), "Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress?"

hänvisning till sin yrkestillhörighet. ”All my friends are physicians, and I can’t let them know I’ve gone crazy.”³⁵¹ Det tar år av egenbehandling och flera depressioner innan Redmond till sist söker vård vid en psykiatrisk klinik. Men också när hon i efterhand väljer att dela med sig av sina upplevelser under pseudonym är känslan av stigma fortfarande plågsamt närvarande.

It is a sad commentary on the state of our professional understanding of mental illness that I am afraid of the consequences of telling my story openly. I wonder how many of us would really refer patients to a colleague who openly seeks psychiatric help and openly takes prescribed psychotropic medications.³⁵²

Citatet av Redmond berör också mitt tredje exempel på hur patografiska texter kan fördjupa den etablerade kunskapen inom problemområdet. Det gäller den arketypiska förväntan om uthållighet och handlingskraft som i enkät- och intervjustudier med sjuka läkare beskrivs som en tröskel för att söka vård. Den besvärande symboliken när en sådan schablonförställning briserar framgår särskilt uttalat i Kafkas novell *En läkare på landet* (1919), analyserad i delarbete två. I Kafkas skildring blir den läkare som inte klarar att leva upp till omgivningens idealiserade föreställning av honom, i metaforisk mening likställd med sin patient, avklädd och nedbäddad i sängen, fräntagen sina förtroendegivande attribut. Det tycks på samma sätt vara en hårt reglerad förväntan att leva upp till ett läkarideal av orubblig styrka som, i delarbete fyra, driver Dr Sassall till en självd destruktiv yrkesgärning med långtgående konsekvenser för hans psykiska mående.

Detta är några exempel bland flera möjliga, presenterade i syfte att visa hur det objektivt kartlagda och det subjektivt skildrade, det mätbara och det tolkningsbara, tillsammans kan bidra till en mer komplett förståelse av den problematik som omgärdar ’läkaren som patient’.

Sjukdomsupplevelsens kronologi

Även om allmängiltiga slutsatser inte är möjliga att dra utifrån de elva narrativ som delstudierna belyser, så går det inte heller att blunda för att det finns gemensamma drag mellan flera av dessa elva texter. En sådan likhet handlar om hur de analyserade berättelserna åskådliggör en stegvis förflyttning längs ett spektrum, mellan å ena sidan läkaridentiteten och å andra sidan patientidentiteten. Samtidigt är det också en

³⁵¹ Redmond (pseud.) (1987), ”Depression”, s.145.

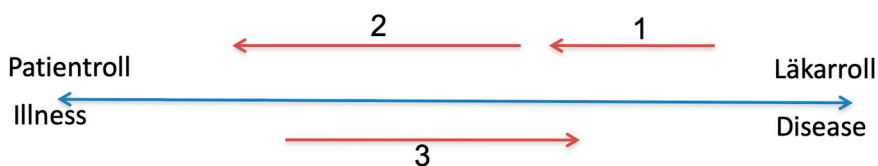
³⁵² Ibid., s.150.

förflyttning som gäller synen på den egna sjukdomen som en biomedicinsk entitet – *disease* – och en personlig erfarenhet – *illness*.

Påfallande många av de texter som analyseras i avhandlingen inleds med att läkaren, i det diagnostiska skedet, tvingas bort från sin invanda yrkesposition och ofrivilligt förskjuts mot patientrollen. Inskrivningen på sjukhuset är som regel den ritual som får läkaren att förstå att han eller hon nu är på väg att bli patient. Det gäller t.ex. för Sacks i *A leg to stand on* (1984) där en serie avpersonaliserande händelser – sjukhuskläder, patientarmband, sjukhusets rutiner och regelverk – slussar honom in i tillvaron som patient.

I nästa skede följer sedan ett aktivt sökande i patientrollen, efter de källor till kraft och återhämtning som blir synliga först när yrkesidentiteten luckras upp och den biomedicinska förståelsen av sjukdom kompletteras av en mer personligt förankrad insikt om vad det innebär att vara sjuk.

Om det senare i vårdförloppet blir aktuellt att återuppta yrkesverksamheten beskriver läkarpatienterna, i den avslutande fasen, ofta en nyorientering i yrkesrollen. Erfarenheter från tiden som patient införlivas då i förståelsen av hur man kan bli en 'bättre' doktor.



Sjukdomsupplevelsens kronologi

Flera av de analyserade texterna beskriver en stegvis förflyttning mellan identiteterna läkarroll och patientroll, liksom mellan synen på den egna sjukdomen som en biomedicinsk entitet – *disease* – och en personlig erfarenhet – *illness*. Efter att ofrivilligt ha förskjutits bort från sin läkaridentitet (1), följer ofta ett aktivt sökande i patientidentiteten (2). I de fall då det blir aktuellt att återuppta yrkesverksamheten, sker sedan till sist en nyorientering i läkarrollen (3).

Man kan välja att kalla detta observerade händelseförlopp för en sjukdomsupplevelsens kronologi, en tredelad förflyttning där de olika stegen är mer eller mindre uttalade i alla delarbeten skrivna från 1980-talet och framåt. Det gäller kanske särskilt Sacks *A leg to stand on* (1984) i delarbete två, men också Dellsons *Väggen. En utbränd psykiaters noteringar* (2015) i delarbete fyra. Det gäller också flera av de läkarpatografier som inte behandlas specifikt i något av avhandlingens fem delarbeten, t.ex. *A taste of my own medicine* (1988) av reumatologen Edward Rosenbaum. I samband med inläggningen på sjukhus för behandling av den nyupptäckta stämbandscancern skriver Rosenbaum:

Jag hade gått själv in i inskrivningsrummet. Jag hade inga problem med benen; det var halsen jag hade bekymmer med, men sjukhusets ritualer måste följas. Jag fick inte gå själv till mitt rum; jag måste skjutsas i rullstol. Sedan utsatte de mig för den yttersta

kränkningen: de tog ifrån mig alla mina kläder och gav mig en lite tygbit. [...] Jag kände mig naken som ett nyfött barn och plötsligt lika hjälplös.³⁵³

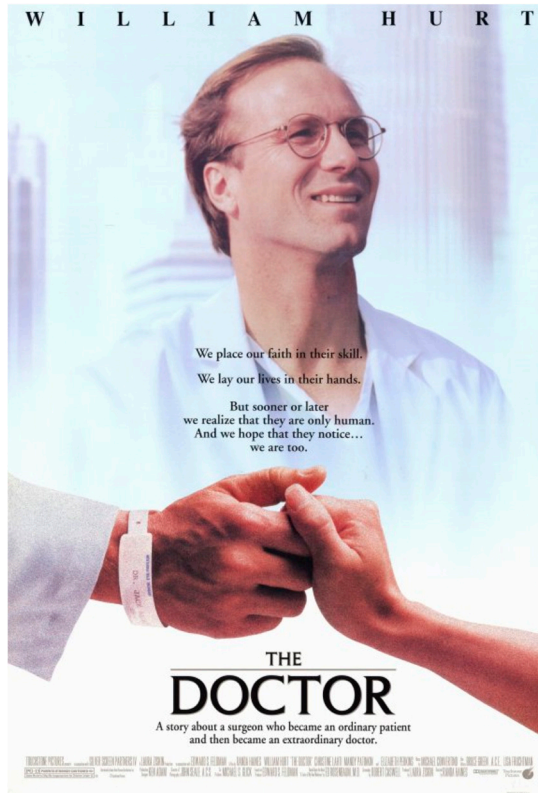
Rosenbaums ovilja att i det inledande skedet acceptera patientrollen finns också åskådliggjord i den filmatisering som gjordes av hans bok och som gavs titeln *The Doctor* (1991). Filmatiseringen följer helt den tredelade kronologin och filmen lanserades följaktligen som "A story about a surgeon who became an ordinary patient, and then became an extraordinary doctor."³⁵⁴ Detta initiala motstånd mot att bli patient beskrivs också av Hahn i en närläsning av ett tiotal läkarpatografier utgivna under 1970- och 80-tal.

For all of these physicians, becoming a patient means loss of control, helplessness and assumption of a passive role. [...] the transition is often difficult; it is resisted.³⁵⁵

³⁵³ Rosenbaum (1988), *Läkaren som patient*, s.12f.

³⁵⁴ Poster till filmen *The Doctor* (1991), www.joblo.com/movie-posters/1991/the-doctor/image-22105, (2019-09-11).

³⁵⁵ Hahn (1985), "Between two worlds. Physicians as patients" s.89.



Poster till filmen *The Doctor* (1991)

The Doctor (1991) är baserad på reumatologen Edward Rosenbaums patografi *A taste of my own medicine* (1988). Filmen följer, i likhet med boken, en tredelad kronologi, vilket också framgår av filmposterns undertext: "A story about a surgeon who became an ordinary patient, and then became an extraordinary doctor."

Kronologins andra steg, det aktiva sökandet efter patientidentiteten, beskrivs särskilt uttrycksfullt i *A leg to stand on* (1984), men också i neurokirurgen Paul Kalanithis *When breath becomes air* (2016). När det står klart att Kalanithi inte kommer att överleva cancersjukdomen framträder skönlitteraturen och det egna skrivandet som de verkliga källorna till tröst, kraft och bearbetning av sjukdomstillvaron.³⁵⁶

Lost in a featureless wasteland of my own mortality, and finding no traction in the reams of scientific studies, intracellular molecular pathways, and endless curves of survival statistics, I began reading literature again: Solzhenitsyn's *Cancer Ward*, B.S. Johnson's *The Unfortunates*, Tolstoy's *Ivan Ilyich*, Nagel's *Mind and Cosmos*, Woolf, Kafka,

³⁵⁶ En snarlik beskrivning ger barnläkaren Fizhugh Mullan i patografin *Vital signs. A young doctor's struggle with cancer* (1983). Liksom för Kalanithi blir också för Mullan den dotter som föds under sjukdomen en källa till nyvunnen meningsfullhet i tillvaron, liksom en symbol för livets obändiga styrka. Mullan, s.96.

Montaigne, Frost, Greville, memoirs of cancer patients – anything by anyone who had ever written about mortality. I was searching for a vocabulary with which to make sense of death, to find a way to begin defining myself and inching forward again. [...] I needed words to go forward. And so it was literature that brought me back to life during this time.³⁵⁷

Det sista steget i kronologin, dvs. insikten att sjukdomen också kan bringa insikter av värde för den fortsatta yrkesutövningen, är det som återkommer tydligast i så gott som alla läkarpatografier från slutet av 70-talet och framåt.³⁵⁸ ”I am sure that my illness has made me a better physician” skriver läkaren Lewis Dexter efter att vid 59 års ålder ha insjuknat i kärlekskramp. ”My illness has helped me understand some things that only my patients understood before” konstaterar internmedicinaren Sam Sugar efter ett diskbräck med svåra neuralgiska smärtor:³⁵⁹ Sacks beskriver hur man själv måste ha varit patient ”to have any real idea of what being a patient ’means’.”³⁶⁰ Och Mullan skriver hur den egna cancersjukdomen fått honom att se begreppet klinisk erfarenhet i ett nytt ljus:

I cannot help but think that all physicians, as they age and experience more infirmities of their own, gain a greater understanding of patienthood and human frailty.³⁶¹

Läkaren som patient – en utmaning i förändring

Det finns inte bara gemensamma drag utan också tydliga skiljelinjer mellan de berättelser som uttolkas i avhandlingens delstudier. Ibland följer skiljelinjerna den sjukdomskategori som berörs, där vittnesmål om morfinism av naturliga skäl rymmer andra komponenter än de som behandlar hjärtsjukdom eller stressrelaterad ohälsa. I andra fall kan man misstänka att ålder, yrkesspecialitet och kanske könstillhörighet hos den skrivande läkaren haft betydelse för sjukdomsupplevelsen.

När avhandlingens fem delstudier nu låter sig överblickas tycker jag mig se att en kulturhistorisk och dramaturgisk kontextualisering på ett träffsäkert sätt tydliggör viktiga skiljelinjer mellan de studerade läkarpatografierna. Genom att jämföra nutida

³⁵⁷ Kalanithi (2016), *When breath becomes air*, s.148f.

³⁵⁸ Se också krönikan ”De bästa läkare jag känner är de som har erfarenhet av svårare sjukdomar” från 2017 av onkologen Nina Cavalli-Björkman: *Läkartidningen* vol.114:EIAM.

³⁵⁹ Sam Sugar (1987), ”Herniated Discs” *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell & Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.118.

³⁶⁰ Sacks (1984), *A leg to stand on*, s.142.

³⁶¹ Mullan (1983), *Vital Signs*, s.155.

vittnesmål med sådana skrivna under olika decennier av 1900-talet blir det uppenbart att problematiken förändrats över tid. De patografiska skildringarna från 1900-talets första hälft beskriver andra utmaningar än de som gestaltas närmare vår egen samtid. Orsaken är inte bara att den medicinska vetenskapen förfinats med ökade möjligheter till diagnostik och behandling, utan det beror också på att interaktionen mellan läkare och patient – det medicinska dramat – förändrats över tid.

För Holmgren (delarbete tre), Pinner (delarbete fem) och Dr Poljakov (delarbete ett) är läkaridentiteten fast och fixerad. Att inta patientrollen fullt ut är aldrig ett alternativ och patientrollen görs inte heller tillgänglig för dem när de väljer att söka vård. Tvärtom, i dessa tre vittnesmål från 1900-talets första decennier förväntas läkarna själva ta hand om sina sjukdomsdrabbade kroppar parallellt med åtagandet att verka som läkare. Det framgår av hur Holmgren i brev och dagboksanteckningar beskriver konvalescenserna på sitt eget sjukhus, liksom hur Poljakov blir utskrivna på egen begäran trots att han i förväg tecknat en bindande överenskommelse om att kvarstanna på avdelningen under opiatavgiftningen.

Det är intressant att notera hur både Holmgren och Poljakov under 1900-talets första decennier fortsätter att åtnjuta ett tydligt läkarmandat också när de är synbart drabbade av sjukdom. Holmgren rondande sina patienter från rullstolen, oförmögen att gå och plågad av ledvärk. Poljakov i klinisk tjänstgöring på sin sjukstuga trots avmagring och synbar opiatabstinens. Båda befinner de sig långt ifrån det hippokratiska idealet om ett "friskt utseende och ett godt hull"³⁶² för att kunna verka med trovärdighet. En bit in på 1900-talet tycks legitimiteten vara deras ändå, som företrädare för en vetenskap med snabbt växande trovärdighet.

För Sacks (delarbete två) och Seaver (delarbete fem), som vårdas på sjukhus för somatiska åkommor under 1980-tal, är situationen en annan. Nu är patientidentiteten tillgänglig på ett annat sätt än för Poljakov, Pinner och Holmgren. Samtidigt är gränsen mellan patient- och läkaridentitet fortfarande diffus, liksom osäkerheten över hur Sacks och Seaver förväntas agera och med vilket mandat. För Sacks del accentueras osäkerheten när han inser att avdelningens överläkare inte bemöter honom som en kollega utan som en patient. För Seaver omfattar rollförvirringen lika mycket hans behandlande läkare. Seaver är nämligen i de behandlande läkarnas ögon lika mycket en kollega som en patient, men utan att det någonsin tydliggörs hur de båda rollidentiteterna förhåller sig till varandra.

Även om både Sacks och Seaver förskjuts bort från sin yrkesroll när de hamnar på sjukhus så hänger läkaridentiteten samtidigt kvar som en upplevd börda. Vad vi ser är hur båda, med Goffmans terminologi, försätts i diskrepanta roller. Den intränade

³⁶² Hippokrates (1910), "Om läkaren" s.610.

dramaturgin upphör att fungera, men utan att något nytt förhållningsätt kommer istället.

En intressant iakttagelse är att Knut Alm som på 1980-talet ertappas med ett opiatmissbruk (delarbete ett) får ett klart mer ändamålsenligt omhändertagande än Sacks och Seaver. Alm blir resolut fråntagen sitt yrkesmandat, men får också hjälp till rehabilitering och kan så småningom slussas tillbaka in i yrkesrollen. Kanske beror det på slumpmässiga skillnader mellan skilda individuella vittnesmål, men det är också sannolikt att den mer handfasta rollfördelningen för Alms del har att göra med hans diagnos. Till skillnad från under Poljakovs 1910-tal hade den missbrukande kollegan – ”the impaired physician” – på 1980-talet blivit en patientgrupp som det skrevs om i den vetenskapliga litteraturen.³⁶³ Sannolikt fanns det därför på 80-talet en större beredskap för att på ett ändamålsenligt sätt ta sig an en missbrukande kollega än någon som led av somatiska krämpor.

Till sist är det värt att notera hur Mulligan (delarbete fem) under 2000-talet tas omhand utan att det, från vårdens sida, verkar göras något större väsen av hans läkartillhörighet.³⁶⁴ För Mulligan, precis som för Crafoord i *Hjärtats oro* (2004) är sjukvården ett maskineri styrt av riktlinjer och rutiner. Här finns det varken utrymme för, eller något upplevt behov av att ta hänsyn till vem individen *bakom* sjukdomen är. Själv är förstås Mulligan medveten om sin yrkesidentitet och delvis tyngd av den. Men när han befinner sig i sjukvården är det varken som läkare eller patient han vill bli bemött. Istället vill han bli sedd och uppmärksammas som en person, någon med en unik tillhörighet också när sjukdomen han genomgår följer ett individoberoende och uniformt förlopp.

Perspektivering mot framtida forskning

Det finns flera möjliga och angelägna ingångar till fortsatt forskning inom ämnesområdet ’läkaren som patient’. I avhandlingens delstudier har problematiken framförallt berörts utifrån de sjukdomsdrabbade läkarnas perspektiv, det är deras vittnesmål och upplevda erfarenheter som utforskats. Men som nämnts i förbigående på ett par ställen i ramberättelsen har problematiken också en omvänd sida.”[F]or the doctor’s doctor there is always a sense of fraternity, an immediate merger of identities”, konstaterar Mandell och Spiro i epilogen till antologin *When doctors get sick* (1987).³⁶⁵ På samma sätt beskriver läkaren och neurofysiologen David Ingvar hur en missriktad

³⁶³ Flynn (1980), ”Treating the impaired physician.”

³⁶⁴ Mulligan (2015), ”View from the Other Side of the Stethoscope.”

³⁶⁵ Mandell (1987), ”Epilogue” s.453.

välvilja gentemot den patient som också är läkare kan göra att känsliga frågor utelämnas, eller att man avstår från undersökningar som kan äventyra integriteten.³⁶⁶ Utmaningen gäller med andra ord också för den vårdpersonal vars uppgift det är att ta hand om någon som samtidigt är både patient och kollega.

Frågan hur vårdpersonal ska närma sig patienter som också är yrkeskollegor har till viss del utforskats i samtida studier. Två artiklar förtjänar här särskilt att lyftas fram, en brittisk från 1997 och en svensk från 2016.^{367,368} Enligt författarna bakom båda dessa studier är en vanlig föreställning att man bör behandla sjuka läkare som vem som helst – ”like any ordinary patient.”³⁶⁹ Genom att följa invanda rutiner skjuts problematiken åt sidan och risken minskar för att något väsentligt missas. Men samtidigt som ett sådant upplägg kan fungera är artikelförfattarna försiktiga med att låta det bli en generell rekommendation. Problemet är nämligen oftast inte att den behandlande läkaren och läkarpatienten väjer för det medicinska mötets sedvanliga rollfördelning. Problemet är snarare att det inte finns någon sedvanlig rollfördelning att inordna sig i.

När dramaturgins invanda positioner rubbas måste istället ett aktivt och uttalat resonemang mellan läkare och läkarpatient äga rum, där man tillsammans försöker upprätta en fungerande rollfördelning. En nyckelformulering är att göra det implicita explicit – ”to acknowledge the anomaly of the doctor/patient” – och att ägna en kort stund av konsultationen åt att förhandla sig fram till en ansvarsfördelning och arbetsgång som båda parter kan känna sig bekväma med.³⁷⁰ Agerandet kräver lyhördhet och ett öppet sinnelag och svarar därmed bäst upp mot det som går under beteckningen *personcentrerad vård*. Vad en sådan vårdform innebär utvecklas närmare i delarbete fyra. Men som Svantesson et.al. konstaterar är en central aspekt av personcentrerad vård att respektera den identitet som läkarpatienten själv vill förmedla,

responding to them as healthcare professionals, patients or both, and being sensitive to their fluctuating wishes.³⁷¹

Frågan hur man som läkare ska agera gentemot en patient som också är en kollega finns således uppmärksammas och omskriven.³⁷² Men mer forskningsinsatser behövs för att bättre förstå den komplexitet som omgärdar problematiken.

³⁶⁶ Ingvar (1971), *Rapport från hjärnan*, s.118.

³⁶⁷ Svantesson (2016), ”Just so you know, the patient is staff.”

³⁶⁸ McKevitt (1997), “Anomalous patients: the experiences of doctors with an illness.”

³⁶⁹ Ibid., s.653.

³⁷⁰ Ibid., s.662.

³⁷¹ Svantesson (2016), ”Just so you know, the patient is staff” s.7.

³⁷² Ett patografiskt exempel på personcentrerad vård finns också i Oliver Sacks bok *A leg to stand on* (1984). När Sacks skadar benet i samband med en vandringsolycka i de norska fjällen är den läkare

En annan frågeställning med anknytning till ämnesområdet, som inte berörts i avhandlingen, är hur vården av den läkare som befinner sig i livets slutskede bör utformas. Den döende doktorn är ett ämne som omgärdas av en anmärkningsvärd tystnad. Ett fåtal artiklar finns på området, liksom några skönlitterära och patografiska gestaltningar.^{373,374,375,376,377} Sammantaget pekar de på en osäkerhet kring hur situationen ska hanteras som liknar den generella problematik som beskrivits i den här studien. Men sannolikt finns det också särskilda omständigheter som gäller just i livets slutskede och som skulle behöva utforskas närmare.

Avslutning

För den läkare som blir sjuk kan yrkesidentiteten medföra såväl fördelar som nackdelar. I den här avhandlingen är det framförallt situationens komplexitet som utforskats och hur problematiken bottenar i en föreställning om svärförenlighet mellan rollen som läkare och patient. Med stöd från de många röster som lyfts fram är det befogat att påstå att den traditionellt givna ritualen, den gängse medicinska dramaturgin riskerar att förvilla mer än den klargör när patienten ifråga också är läkare. Följdfrågan blir då hur man ska bete sig istället, vilka alternativ som står till buds när den vanemässiga rollfördelningen inte fungerar.

Som uppmärksammas både i delarbete fyra och fem kan en del av lösningen vara att ta fasta på det personcentrerade. Att inte närma sig sjukvården vare sig som läkare eller som patient utan som någon med en mer individuellt förankrad identitet. När ingen av de sedvanliga rollerna i den medicinska dramaturgin visar sig fungera, när diskrepanta roller uppstår, måste lösningen vara att söka sig bort från dessa sedvanliga roller. Eller som de norska antropologerna Ingstad och Christie konstaterar: “[For]

han upplever mest välgörande den som också bryter mest mot den förväntade medicinska dramaturgin: ”Av alla läkare jag träffat i mitt liv är det denne unge norske kirurg jag främst bevarar och omhuldar i mitt minne därför att han ’i sin person’ stod för hälsa, mod, humor – han lät inte som en lärobok. Han sa knappt ett ord – han handlade. Han skuttade och dansade [...] Jag kände mig kolossalt mycket bättre till mods efter hans besök.” (Sacks 1996, *Ett ben att stå på*, s.41).

³⁷³ Simon Noble, Nelson A., Finlay I.G. (2008), “Challenges faced by palliative care physicians when caring for doctors with advanced cancer” *Palliat Med* vol.22, s.71-76.

³⁷⁴ Peter Strang (2004), ”Existentiell kris när doktorn är döende” *Läkartidningen* vol.101, s.1350-1351.

³⁷⁵ Erik Fromme, Billings J.A. (2003), ”Care of the Dying Doctor. On the Other End of the Stethoscope” *JAMA*, vol.290, s.2048-2055.

³⁷⁶ Solomon Posen (2006), *The Doctor in Literature. Volume 2 private life*, Abingdon: Radcliff Publishing Ltd., s.231-238.

³⁷⁷ Kalanithi (2016), *When breath becomes air*.

ordinary people there seems to be a script for how to be a 'good patient'. [...] For the doctor-patients, however, there is no such script.”³⁷⁸

Föreställningen om den sjuke läkaren som en paradox är ett återkommande inslag i den västerländska kulturhistorien. Samtidigt är den verkliga paradoxen just tanken om sjukdom bland läkare som något avvikande. Förr eller senare blir alla sjuka, så också läkare. Därför är det först när läkarnas egen sjuklighet betraktas som en självklar omständighet snarare än en avvikelse från det förväntade, som läkarpatienternas upplevt problematiska situation kan omförhandlas till något mer ändamålsenligt.³⁷⁹ Det handlar till syvende och sist om att luckra upp tankemönster som är historiskt och socialt konstruerade, men som också just därför är möjliga att förändra. Med ökad medvetenhet om det medicinska mötets dramaturgi och med inblick i de sjukdomsdrabbade läkarnas egna vittnesmål är det rimligt att tro att en sådan förändring kan vara möjlig.

³⁷⁸ Ingstad (2001), "Encounters with illness" s.206.

³⁷⁹ Kay (2008), "Doctors as patients" s.507.

Tack

Att skriva en doktorsavhandling är ett spännande men stundtals också mödosamt äventyr. Genombrott varvas med nogsamt övervägande för att hitta möjliga vägar framåt. Ibland har forskningsarbetet känts ensamt. Men när jag nu i efterhand ser tillbaka på åren som doktorand förstår jag också att forskningen skänkt mig många nya bekantskaper. Att avhandlingen färdigställts beror till stor del på de personer jag mött längs vägen.

Först och främst vill jag tacka alla de läkare som delat med sig av sina sjukdomserfarenheter och därmed bidragit med studiens primärmaterial. Att följa med in i ett sjukdomsförlopp är att få vistas nära en individ genom avgörande stunder i livet, ofta kännetecknade av fysisk och känslomässig bräcklighet. Det gäller också när erfarenheterna förmedlas i text, på distans och över tidsmässiga avstånd.

Ett särskilt tack går också till mina två handledare Peter M Nilsson och Anders Palm. Ni har inte bara varit en förutsättning för att avhandlingen nu blivit färdig, utan också för att den en gång kunde påbörjas. Att medicinens förflutna är minst lika fascinerande som dess samtid och framtid lärde jag mig av Peter redan under min fjärde termin som läkarstudent. Med säker hand har Peter alltsedan dess väglett mig i forskningsmetodologiska avseenden och genom den administrativa snårskog som omgärdat resan fram till disputationdagen. Anders Palm vill jag tacka för ett alltid lika stort och inspirerande engagemang för ämnesområdet medicinsk humaniora. Som ingen annan har Anders visat på de humanistiska konstarnas erbjudande för att nyansera vår förståelse av vårdverklighetens vardag. Anders har också tålmodigt läst och kommenterat mina textutkast och med språklig precision fört arbetet framåt. Båda mina handledare har dessutom visat en för mig stundtals gåtfull tilltro till min förmåga att klara forskningsarbetets många skiftande utmaningar, det är något som jag under hela doktorandtiden satt stort värde på.

Flera andra har också läst eller på olika sätt bidragit med värdefulla synpunkter. Ett särskilt tack går här till Katarina Bernhardsson, Kristofer Hansson, Charlotte Merton och Christer Petersson som hjälpt mig att slipa tankegångar och formuleringar i några av avhandlingens delarbeten. Mina nuvarande kollegor på Enheten för medicinens historia vill jag tacka för givande samtal och seminarier: Anders Jeppsson, Herman Holm, Alexandra Nicolaidis och Åsa Mohlin. Min tidigare doktorandkollega Tomas Bro vill jag tacka för trevligt sällskap i samband med konferenser i Oslo, Stockholm och

Reykjavik. Nils Hansson är jag ett stort tack skyldig för en alltid lika självklar generositet som kollegialitet i samband med de konferenser vi anordnat och de böcker vi skrivit.

I samband med ett doktorandseminarium i Oslo 2013 fick jag rådet av Arthur Frank att studera Erving Goffman och hans dramaturgiska föreställningsvärld. Det var en viktig byggsten, tack för den. Av Cecilia Benoni fick jag både inspiration att fullfölja min kliniska utbildning och den uppmuntran som behövdes för att våga tro att 'läkaren som patient' var stoff nog att hålla för ett avhandlingsarbete. För förstklassiga administrativa insatser vill jag tacka Camilla Key, sekreterare vid Enheten för medicinens historia.

Boken består inte bara av text utan också av ett antal illustrationer. Jag är tacksam över Olaf Hajeks tillåtelse att använda hans målning till omslaget. För möjligheten att trycka Tor-Göran Henrikssons målning vill jag tacka Ulla Fries.

Ett särskilt tack för givande diskussioner om läkarrollen och läkaryrkets villkor går till Staffan Olsson, min ST-handledare på Brahehälsan i Löberöd. Till alla kollegor och patienter i Löberöd vill jag också rikta ett tack för er tålmodighet med att jag varit frånvarande från kliniskt arbete under forskarperioder. Tack också Alexander Wilczek och Lars Håkan Nilsson för att ni tog er tid att besvara mina frågor och för att ni delade med er av mångårig klinisk erfarenhet från psykiatri och beroendevård.

Studien hade inte kunnat genomföras utan ekonomiska anslag. Här är jag tacksam för möjligheten till finansiering genom ST-ALF samt generöst stöd från Greta och Johan Kocks och Bengt Lindskogs stiftelser.

Avslutningsvis går ett stort tack till mina föräldrar. Tack för allt, men i det här sammanhanget alldeles särskilt för er uppmuntran att utforska tillvaron och att betrakta naturvetenskap och humaniora som jämbördiga delar av en och samma verklighet. Sist men inte minst – ett innerligt tack till min fru Cecilia och mina barn Sofie, Julius och Valdemar, som var och en på olika sätt bidragit med kloka synpunkter, och som varje dag påminner mig om vad som är viktigt på riktigt.

Referenser

Tryckta källor

- Aasland Olaf G., Hem E., Haldorsen T., Ekeberg Ö. (2011), "Mortality among Norwegian Physicians 1960 – 2000" *BMC Public Health* vol.11, s.1-7.
- Adelsberger Lucie (1952), "Typhus fever in Auschwitz concentration camp" *When doctors are patients*, red. Max Pinner och Benjamin Miller, New York: W.W. Norton & Co, s.178-182.
- Agerberg Miki (2013), "Fler läkare arbetar längre" *Läkartidningen* vol.110, s.1852-185
- Ahlzén Rolf (2005), "Den belästa läkaren. Tankar kring mötet mellan två kunskapsformer" *Det öppna rummet. Festskrift till Merete Mazzarella*, red. Anna Biström et.al., Helsingfors: Söderströms, 2005, s.309-319.
- Ahlzén Rolf (2007), "Medical Humanities – arts and humanistic science" *Med Health Care Philos* vol.10, s.385-393.
- Andersen Aage et.al. (1999), "Work-related cancer in the Nordic countries" *Scand J Work Environ Health* vol.25, s.1-116.
- Aronson Jeffrey K. (2000), "Autopathography: the patient's tale" *BMJ* vol.321, s.1599-1602.
- Barilan Michael (2007), "The Doctor by Lucas Fildes: an icon in context" *J Med Humanit*, vol.28, s.59-80.
- Berger John, Mohr J. (2016), *A fortunate man – the story of a country doctor*, Edinburgh: Canongate Books Ltd.
- Bergman Bodil, Ahmad F., Stewart D.E. (2003), "Physician health, stress and gender at a university hospital" *J Psychosom Res* vol.54, s.171-178.
- Bernhardsson Katarina (2010), *Litterära besvär. Skildringar av sjukdom i samtida svensk prosa*, Lund: Ellerströms.
- Bernhardsson Katarina (2014), "Medicinsk humaniora" *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv*, red. Ola Sigurdsson, Strängnäs: Göteborgs universitet.
- Biro David (2000), *One hundred days. My unexpected journey from doctor to patient*, New York: Vintage Books.
- BMA Med (2010), *Ethical responsibilities in treating doctors who are patients*. Guidance from the BMA Medical Ethics Department. British Medical Association.
- Bolton Gillie (2003), "Medicine, the arts, and the humanities" *The Lancet* vol.362, s.93-94.

- Bondevik Hilde (2010), "Who's afraid of Amelie Skram? Hysteria and Rebellion in Amelie Skram's novels of mental hospitals" *Illness in Context*, red. Knut S Johansson och Frederik Tygstrup. Amsterdam: Rodopi, 2010, s.181-198.
- Bornemark Jonna (2018), *Det omätbaras renässans*, Stockholm: Volante.
- Boulis Ann K., Jacobs A.J. (2008), *The changing face of medicine. Women doctors and the evolution of health care in America*, New York: ILR Press, s.7-8.
- Brice Judith A. (1987), "Ulcerative colitis and avascular necrosis of hips" *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell och Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.171-192.
- Brooks Elizabeth, Gendel M.H., Early S.R., Gundersen D.C. (2017), "When doctors struggle: Current Stressors and Evaluation Recommendations for Physicians Contemplating Suicide" *Arch Suicide Res* vol.22, s.519-528.
- Bulgakov Michail (2018), "Morfin" *Morfin & andra noveller*, Stockholm: Modernista, s.115-152.
- Burnham John C. (2013), "Why sociologists abandoned the sick role concept" *History of the Human Sciences* vol 27, s.70-87.
- Bury Mike (2001), "Illness Narratives: Fact or Fiction?" *Sociology of Health & Illness* vol.23, s.263-285.
- Carlsson Bertil (1991), *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap*, Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Carpenter Lucy M., Swerdlow A.J., Fear N.T. (1997), "Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants" *Occup Environ Med* vol.54, s.388-395.
- Cavalli-Björkman Nina (2017), "De bästa läkare jag känner är de som har erfarenhet av svårare sjukdomar" *Läkartidningen* vol.114:EIAM.
- Chambers Ruth, Belcher J. (1993), "Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers" *Br J Gen Pract* vol.43, s.378-382.
- Charon Rita (2006), *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, New York: Oxford University Press.
- Charon Rita et. al. (1995), "Literature and Medicine: Contributions to Clinical Practice" *Ann Intern Med*, vol.122, s.599-606.
- Charon Rita et.al. (2017), *The principles and practice of narrative medicine*, New York: Oxford University Press.
- Chen Frederick, Feudtner C., Rhodes L., Green L. (2001), "Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook" *West J Med* vol.175, s.236-239.
- Christie Vigdis M. (2001), *Syk lege. En presentasjon gjennom 88 legers stemmer*, Oslo: Unipub forlag.
- Cole Thomas R., Carlin N., Carson R.A. (2015), *Medical Humanities. An introduction*, New York: Cambridge University Press.

- Consalvo Kim E. et.al. (2007), "Treating one of our own" *Clin J of Oncol Nurs* vol.11, s.227-231.
- Crafoord Clarence (2004), *Hjärtats oro. Anteckningar från ett vardagligt sjukdomsfall*, Stockholm: Natur Kultur.
- Dahl Anna S. (2016), "En lång resa för kvinnliga läkare" *Läkartidningen* vol.113:DZYT.
- Das Anna (2019), "Läkare: många av oss offrar vår egen hälsa" *SvD Debatt* 2019-07-19.
- Dellson Pia (2015), *Väggen. En utbränd psykiaters noteringar*, Stockholm: Natur & Kultur.
- Denscombe Martyn, (2010), *The good research guide. For small scale social research projects*, Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Dumitrascu Catalina, Mannes P.Z., Gamble L.J., Selzer J.A. (2014), "Substance use among physicians and medical students" *Medical student research journal* vol.3, s.26-35.
- Dutheil Frédéric et.al. (2019), "Suicide Among Physicians and Health-Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis" *The Lancet Preprint*.
- Editorial (2016), "When the doctor is sick too" *The Lancet* vol.388, s.1.
- Eklöf Motzi (2010), *Läkare och läkekonster*, Stockholm: Carlsson.
- Eklöf Motzi (2013), "Vetenskap, läkekonst och läkarutbildning. Ett historiskt perspektiv" Bilaga till: *SOU 2013:15, För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning*, red. Stefan Lindgren, s.263-288.
- Ekström Anders, Sörlin S. (2012), *Alltings mått. Humanistisk kunskap i framtidens samhälle* Stockholm: Norstedts.
- Eneroth Mari, Sendén Gustafsson M., Løvseth L.T., Schenck-Gustafsson K., Fridner A. (2014), "A comparison of risk and protective factors related to suicide ideation among residents and specialists in academic medicine" *BMC Public Health*, vol.14:271.
- Evans Martyn, Greaves D.A. (2010), "10 years of Medical Humanities: a decade in the life of a journal and a discipline" *Med Humanit* vol.36, s.66-68.
- Evensen Stein A. (1996), "The changing conditions for the hospital physician" *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*, red. Øivind Larsen, Canton Massachusetts: Science History Publications, s.411-420.
- Flodin Thomas, Söderlind Rutberg K. (2012), "Den nya läkarrollen utmanar god yrkesetik" *Läkartidningen* vol.109, s.1719.
- Flynn Jan R. (1980), "Treating the impaired physician: the hospital's role" *Hospital Progress* vol.61, s.44-47.
- Foucault Michel (1994), *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*, New York: Vintage books.
- Foucault Michel (1998), "Different Spaces" *Essential Works of Foucault, 1954– 1984. Vol. 2: Aesthetics, Method, and Epistemology*, red. James Faubion, New York: The New Press, s.175-186.

- Frank Arthur (1995), *The wounded storyteller. Body, illness, and ethics*, Chicago: University of Chicago Press.
- Frank Arthur (2004), "Asking the right question about pain: Narrative and pronesis" *Literature and Medicine* vol.23, s.209-225.
- Frank Arthur (2007), "Five dramas of illness" *Perspectives in biology and medicine* vol.50, s.379-394.
- Frank Erica, Biola H., Burnett C.A. (2000), "Mortality rates and causes among U.S. physicians" *AJPM* vol.19, s.155-159.
- Fraser Todd (2014), "The Impaired Physician" *First Do No Self Harm: Understanding and Promoting Physician Stress Resilience*, red. Charles Figley, Peter Huggard och Charlotte Rees, Oxford: Oxford University Press, s.160-170.
- Fridner Ann, Belkic K, Marini M., Schenck-Gustafsson K., Gustafsson Sendén M. (2012), "Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress?" *Swiss Medical Weekly* vol.142:w13626.
- Fromme Erik, Billings J.A. (2003), "Care of the Dying Doctor. On the Other End of the Stethoscope" *JAMA*, vol.290, s.2048-2055.
- Galanter Marc, Dermatis H., Mansky P., McIntyre J., Perez-Fuentes G. (2007), "Substance-Abusing physicians: monitoring and twelve-step-based treatment" *Am J Addict* vol.16, s.117-123.
- Galanter Marc, Dermatis H., Stanievich J., Santucci C. (2013), "Physicians in long-term recovery who are members of alcoholic anonymous" *Am J Addict* vol.22, s.323-328.
- Garelick Antony (2012), "Doctor's health: stigma and the professional discomfort in seeking help" *The Psychiatrist* vol.36, s.81-84.
- Gerada Clare (2019), "Doctors' mental health and stigma - the tide is turning" *BMJ* vol.366:l4583.
- Giæver Fay, Lohmann-Lafrenz S., Lövseth L.T. (2016), "Why hospital physicians attend work when ill? The spiralling effect of positive and negative factors" *BMC Health Serv Res* vol.16, s.1-7.
- Giroldi Esther et.al. (2018), "Family physicians managing medical requests from family and friends" *Ann Fam Med* vol.16, s.45-51.
- Goffman Erving (1959), *The presentation of self in everyday life*, New York: Anchor Books.
- Goffman Erving (2009), *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*, Stockholm: Norstedts.
- Grant Valerie (2002), "Making room for medical humanities" *Medical Humanities* vol.28, s.45-48.
- Greene Raymond, red. (1971), *Sick Doctors*, Bath: Heinemann Health Books.
- Gross A. C. (2009), *You Can Trust me. I'm a Doctor*, Bloomington: iUniverse.
- Grotjahn Martin (1982), "The day I became old: the story of a physician" *The Lancet* vol.319, s.441-442.

- Grotjahn Alfred (1929), *Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichten in ärztlichen Selbstschilderungen*, Leipzig: G Thieme.
- Gunnarsdotter Sara, Ohlin E. (2006), "Fysiskt mår läkarna bra – men inte alltid psykiskt" *Läkartidningen* vol.103, s.10-11.
- Gunnarsdotter Sara, Ohlin E. (2006), "Vanligt självbehandla psykisk ohälsa" *Läkartidningen* vol.103, s.14-15.
- Gunnarsdotter Sara, Ohlin E. (2006), "De flesta läkare nöjda med sitt yrkesval" *Läkartidningen* vol.103, s.12.
- Haertl Kristine L., Ero-Phillips A. (2017), "The healing properties of writing for persons with mental health conditions" *Arts & Health* vol.11, s.15-25.
- Hägglblom Karl, Mattson P.O. (2007), "Patografin - den sjukas egen journal" *Läkartidningen* vol.104, s.3548-3551.
- Hahn Robert (1985), "Between two worlds. Physicians as patients" *Med Anthropol Q* vol.16, s.87-98.
- Halldin Jan, Hallström A. (1995), "Missbrukande läkare klar risk för patienterna" *Läkartidningen* vol.92, s.414-417.
- Hawton Keith, Clements A., Sakaraovitch C., Simkin S., Deeks J.J. (2001), "Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995" *J Epidemiol Community Health* vol.55, s.296-300.
- Hedlund Fredrik (2016), "Läkare yrke med hög trovärdighet – men låg autonomi" *Läkartidningen* vol.113, s.510-512.
- Henschen Folke (1957), *Min långa väg till Salamanca*, Stockholm: Bonnier.
- Hippokrates (1910), "Om läkaren," *De Hippokratiska skrifterna i svensk öfversättning. Senare delen*, Lund: Gleerup.
- Holm Herman (2013), "Var penicillinkuren botten för mina kroniska lumbala ryggsmärtor" *Läkartidningen* vol.110:CIEC.
- Hubbard Dana (1922), "Suicide among physicians" *Am J Public Health (NY)* vol.12, s.857.
- Hughes Patrick H. et.al. (1992), "Prevalence of substance abuse among US physicians" *JAMA* vol.267, s.2333-2339.
- Hunsaker Hawkins Anne (1999), "Pathography: patient narratives of illness" *West J Med* vol.171, s.127-129.
- Hunsaker Hawkins Anne (1999), *Reconstructing illness. Studies in Pathography*, Indiana: Purdue University Press.
- Hurwitz Brian (2015), "Medical Humanities: Origins, orientations and contributions" *Anglo Saxonica* vol.10, s.11-32.
- Hydén Lars-Christer, Bülow P. (2004), "Tidens väv: om sjukdomsberättelser" *Tidskrift för litteraturvetenskap* vol.33, s.70-83.

- Ingstad Benedicte, Moe Christie V. (2001), "Encounters with illness: The perspective of the sick doctor" *Anthropology & Medicine* vol.8, s.201-210.
- Ingvar David (1971), *Rapport från hjärnan. Om medvetande, minne, sömn och drömmar*, Stockholm: Bonnier.
- Jewson Nicholas (1976), "The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870" *Sociology* vol.10, s.225-244.
- Johannisson Karin (1994), *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*, Stockholm: Norstedts.
- Johannisson Karin (2004), *Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar*, Stockholm: Norstedts 2004.
- Johansson Knut S., Tygstrup F. (2010), "Introduction: Illness in Context" *Illness in Context*, red. Knut S Johansson och Frederik Tygstrup. Amsterdam: Rodopi, s.3-14.
- Kafka Franz (2000), "En läkare på landet" *En svältkonstnär och andra texter utgivna under författarens levnad*, Lund: Bakhåll, s.167-172.
- Kalanithi Paul (2016), *When breath becomes air*, London: Penguin Random House.
- Katz Jonathan (2004), "Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates" *Anesth Analg*, vol.98, s.1111-1113.
- Kay Margaret, Mitchell G., Clavarino A., Doust J. (2008), "Doctors as patients. A systematic review of doctors' health access and the barriers they experience" *Br J Gen Pract* vol.58, s.501-508.
- Kiaer F.C. (1873), *Norges Laeger i det nittende Aarhundrede (1800-1871)*, Christiania: A. Cammermeyer.
- Klitzman Robert (2008), *When doctors become patients*, New York: Oxford University Press.
- Krall Edward (2008), "Doctors who doctor self, Family and Colleagues" *WMJ* vol.107, s.279-284.
- Lerner Thomas, "Maktlösheten fick läkaren Anders Jeppsson att bränna ut sig" *DN* 2017-11-15.
- Lilja Andersson Petra, Hommel A. (2012), *Vården inifrån. När sjuksköterskan blir patient*, Stockholm: Natur & Kultur.
- Lindeman Mary (2010), *Medicine and society in early modern Europe*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lindgren Stefan (2013), *SOU 2013:15. För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*, s.78.
- Lozem Geir (2008), "Making sense of stories: The use of patient narratives within mental health care research" *Nursing philosophy* vol.9, s.62-71, s.65.
- Lövtrup Michael (2016), "Den psykiska ohälsan ökar bland läkare" *Läkartidningen* vol.113, s.11-13.
- Lövtrup Michael (2016), "Läkarna nu fler än sjuksköterskorna bland Erstas patienter" *Läkartidningen* vol.113, s.16-17.

- Lövtrup Michael (2016), "WMA: Verka för läkares hälsa!" *Läkartidningen* vol.113:DUY7
- Lupton Deborah (2012), *Medicine as Culture. Illness, Disease, and the Body*, London: SAGE publications.
- Macnaughton Jane (2011), "Medical humanities' challenge to medicine" *J Eval Clin Pract* vol.17, s.927-932.
- Malterud Kirsti (2009), *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion*, Lund: Studentlitteratur.
- Mandell Harvey, Spiro H. (1987), "Epilogue" *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell och Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.449-460.
- Mandell Harvey, Spiro H. (1987), "Preface" *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell och Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.x-xii.
- Mann Thomas (2011), *Bergtagen*, Stockholm: Albert Bonniers förlag.
- Marsh David, Furlong P. (2010), "A skin not a sweater: Ontology and Epistemology in Political Science" *Theory and Methods in Political Science*, red. David Marsh och Gerry Stoker, Hampshire: Palgrave Macmillan, s.184-210.
- Mattison J.B. (1883), "Opium addiction among medical men" *Medical Record*, vol.23, s.621-623.
- McEwan Ian (2006), *Lördag*, Stockholm: Brombergs.
- McKevitt Christopher, Morgan M. (1997), "Anomalous patients: the experiences of doctors with an illness" *Sociology of Health & Illness*, vol.90, s.644-667.
- McKevitt Christopher, Morgan M. (1997), "Illness doesn't belong to us" *J R Soc Med* vol.90, s.491-495.
- McKevitt Christopher, Morgan M., Dundas R., Holland W.W. (1997), "Sickness, absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups" *J Public Health Med* vol.19, s.295-300.
- Medicinalstyrelsen (1948), *SOU-utredning 1948:14. Den öppna läkavården i riket. Utredning och förslag.*
- Merlo Lisa, Gold M.S. (2008), "Prescription Opioid Abuse and Dependence Among Physicians: Hypotheses and Treatment" *Harv Rev Psychiatry* vol.16, s.181-194.
- Mofors Hans-Peter, red. (2019) *The Nordic Psychiatrist* nr 1.
- Montgomery A.J., Bradley C., Rochfort A., Panagopoulou E. (2011) "A review of self-medication in physicians and medical students" *Occup Med* vol.61, s.490-497.
- Montgomery Kathryn (2006), *How Doctors Think. Clinical Judgment and the Practice of Medicine*, New York: Oxford University Press.
- Moore Jane (2008), "What Sir Luke Fildes' 1887 painting 'The Doctor' can teach us about the practice of medicine today" *Br J Gen Pract.* vol.58, s.210-213.
- Mullan Fitzhugh (1983), *Vital Signs. A Young Doctor's Struggle with Cancer*, New York: Farrar Straus Giroux.

- Munthe Axel (1933), *Boken om San Michele*, Stockholm: Åhlen & Åkerlunds boktryckeri.
- Munthe Axel (2007), "Hypokondri" *Brev och Skisser*, Lund: bookLund förlag.
- Nicholson J.F. (1980), "The Impaired Physician: Some Coping Mechanisms" *Canadian Family Physician*, vol.26, s.833-855.
- Nilsson Peter, Jönsson B. (1995), "Dödsorsaker bland svenska provinsialläkare 1840-1879" *Allmänmedicin* vol.16, s.30-31.
- Noble Simon, Nelson A., Finlay I.G. (2008), "Challenges faced by palliative care physicians when caring for doctors with advanced cancer" *Palliat Med* vol.22, s.71-76.
- Nurminen Markku, Rimpelä A., Pukkala E. (1988), "Exceptionally low cancer incidence in doctors" *The Lancet* vol.331, s.190-191.
- Nygren Niklas (2017), Ett slut en början. *En psykiaters funderingar kring sitt utmattningssyndrom*, Alingsås: Parus förlag.
- Osler William (1910), "The Lumleian Lectures on Angina Pectoris" *The Lancet* vol.175, s.697-702.
- Osler William (1961), *Sir William Osler. Aphorisms from his bedside teachings and writings*, red. William B. Bean, Springfield: Charles C. Thomas.
- Palgi Phyllis, Dorban J. (1997), "An analysis of the self of the western physician. A study on the evolution of homo Hippocrates" *Culture, Medicine and Psychiatry* vol.21, s.265.
- Palm Anders (2002), "Att tolka texten" *Litteraturvetenskap. En inledning*, red. Staffan Bergsten, Lund: Studentlitteratur, s.189-204.
- Palm Anders (2009), "Human Science or just Science? Medical Humanities - med litteraturen i centrum" *Litteratur som livskunskap – tvärvetenskapliga perspektiv på personlighetsutvecklande läsning*, red. Skans K. Nilsson och Torsten Petterson, Göteborg: Högskolan i Borås, 2009, s.97-103.
- Palm Anders (2019), *Medicinsk humaniora*, Lund: Lunds universitet.
- Palm Anders, (2000), "Kontext" *Tolv begrepp inom de estetiska konsterna*, red: Hans-Olof Boström, Stockholm: Carlssons, s.261-281.
- Panagioti Maria et.al. (2018), "Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis" *JAMA Intern Med* vol.178, s.1317-1331.
- Parsons Talcott (1975), "The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered" *Milbank Mem Fund Q Health Soc* vol.53, s.257-278.
- Paulrud Anders (2008), *Fjärilen i min hjärna*, Stockholm: Albert Bonniers förlag.
- Pinner Max (1952), "Chronic heart disease" *When doctors are patients*, red. Max Pinner och Benjamin Miller, New York: W.W. Norton & Co, s.18-30.
- Pinner Max (1952), "Preface" *When doctors are patients*, red. Max Pinner och Benjamin Miller, New York: W.W. Norton & Co, s.xi-xiv.

- Posen Solomon (2006), *The Doctor in Literature. Volume 2 private life*, Abingdon: Radcliff Publishing Ltd., s.231-238.
- Rabson Milton (1936), "Alfred Grotjahn. Founder of Social Hygiene" *Bull NY Acad Med* vol.12, s.43-58.
- Redmond Louise (pseud.) (1987), "Depression" *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell och Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.143-150.
- Ricoeur Paul (1991), "Life in quest of narrative" *On Paul Ricoeur. Narrative and interpretation*, red. David Wood, London: Routledge. s.20-33.
- Romero-Rodriguez Esperanza et.al. (2019), "Prevalence of hazardous alcohol use among Spanish primary care providers" *BMC Fam Pract* vol.104:1-8.
- Rosenbaum Edward (1988), *A taste of my own medicine. When the doctor is the patient*, New York: Random House.
- Rosenbaum Edward (1992), *Läkaren som patient*, Stockholm: Bonnier.
- Rosvold Elin (1996), "A day in the life of a country doctor – Occupational hazards in general practice in the Nineteenth century" *The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present*, red. Øivind Larsen, Canton Massachusetts: Science History Publications, s.189-202.
- Rosvold Elin (2002), *Physicians in illness and health. An epidemiological study on health- and illness behaviour among 19th and 20th century Norwegian physicians*, Oslo: University of Oslo 2002.
- Rosvold Elin, Bjertness E. (2001), "Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes?" *Scand J Public Health* vol.29, s.71-75.
- Rosvold Elin, Bjertness E. (2002), "Illness behavior among Norwegian Physicians" *Scand J Public Health* vol.30, s.125-132.
- Rosvold Elin, Hjartåker A., Bjertness E., Lund E. (2001), "Breast self-examination and cervical cancer testing among Norwegian female physicians. A nation-wide comparative study" *Soc Sci Med* vol.52, 249-258.
- Rosvold Elin, Vaglum P., Moum T. (1998), "Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians. A nation-wide comparative study" *Soc Sci Med* vol.46, s.581-90.
- Rotenstein Lisa S. et.al. (2018), "Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review" *JAMA* vol.320, s.1131–1150.
- Sacks Oliver (1984), *A leg to stand on*, New York: Harper & Row Publishers.
- Sacks Oliver (1996), *Ett ben att stå på*, Stockholm: Bromberg.
- Sandström Ylva, red. (2019), *Distriktsläkaren* nr.1.
- Schneck Stuart A. (1998), "Doctoring doctors and their families" *JAMA* vol.280, s.2038-2042.
- Scott Anne (2000), "The relationship between the arts and medicine" *Medical Humanities* vol.26, s.3-8.

- Seaver Robert (1987), "Myocardial Infarction" *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell och Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.29-38.
- Sendén Gustafsson Marie, Løvseth L.T., Schenck-Gustafsson K., Fridner A. (2013), "What makes physicians go to work while sick: A comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE)" *Swiss Med Wkly* vol.143:w13840.
- Shanafelt Tait D. et.al. (2015), "Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014" *Mayo Clin Proc* vol.90, s.1600-1613.
- Shanafelt Tait D. et.al. (2019), "Changes in burnout and Satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017" *Mayo Clin Proc* vol.94, s.1681-1694.
- Siller Heidi, Bader A., Hochleitner M. (2016), "Support for Female Physicians at a University Hospital: What Do Differences Between Female and Male Physicians Tell Us?" *Exploring Resources, Life-Balance and Well-Being of Women Who Work in a Global Context*, red. Roxane L. Gervais och Prudence M. Millea, Springer International Publishing, s.109-123.
- Smith Harry L. (1937), "Incidence of coronary sclerosis among physicians as compared with members of other occupations" *JAMA* vol.108, s.1327-1329.
- Socialförsäkringsrapport 2014:4, "Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år."
- Socialstyrelsen "Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2017 samt arbetsmarknadsstatus 2016" Art.nr: 2019-1-15.
- Södergård Anders (2014), *Strålmannen*, Vulkan Bokförlag.
- Sontag Susan (1981), *Sjukdom som metafor*, Uppsala: Brombergs.
- Stavem Knut, Hofoss D., Aasland O.G., Loge J.H. (2001) "The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians" *Scand J Public Health* vol.29, s.194-199,
- Strang Peter (2004), "Existentiell kris när doktorn är döende" *Läkartidningen* vol.101, s.1350-1351.
- Ström Marie, Bergkvist K. (2016), "Man förstår hur det är att vara i underläge" *Läkartidningen* vol.113:DXDC.
- Ström Marie, Tryssell K. (2018), "Erstas psykiatriska klinik förlorar uppdrag för vårdpersonal" *Läkartidningen* vol.115:E9XP.
- Sugar Sam (1987), "Herniated Discs" *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell och Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.105-119.
- Svantesson Mia, Carlsson E., Prenkert M., Anderzén-Carlsson A. (2016), "Just so you know, the patient is staff: healthcare professionals' perceptions of caring for healthcare professional-patients" *BMJ Open* vol.6:e008507.

- Svärdssudd Kurt, Wedel H., Gordh J. (2009), "Mortality rates among Swedish physicians: a population-based nationwide study with special reference to anesthesiologists" *Acta Anaesthesiol Scand* vol.46, s.1187-1195.
- Svenaesus Fredrik (2003), *Sjukdomens mening*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Swartling Per G. (2013), "När doktorn blir patient" *Distriktsläkaren* nr.1, s.17-19.
- Tevik Løvseth Lise, Fridner A., Jónsdóttir L.S., Marini M., Linaker O.M. (2013), "Associations between confidentiality requirements, support seeking and burnout among university hospital physicians in Norway, Sweden, Iceland and Italy (the HOUPE study)" *Stress Health* vol.29, s.432-437.
- Thompson William T., Cupples M.E., Sibbett C.H., Skan D.I., Bradley T. (2001) "Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study" *BMJ* vol.323, s.728-731.
- Töyry Saara (2005), *Burnout and Self-Reported Health among Finnish Physicians*, Kuopio: Kuopion yliopisto 2005.
- Töyry Saara et.al. (2000), "Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey" *Arch Fam Medicine* vol.9, s.1079-1085.
- Töyry Saara et.al., (2004) "Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986 to 1997" *Br J Gen Pract* vol.54, s.44-46.
- Trysell Katrin (2018), "Snart stängs dörren till Ersta psykiatri" *Läkartidningen* vol.115, s.2101-2104.
- TT (2017), "Läkare sjukskrivs på grund av stress" *SvD* 2017-04-24.
- Turner Bryan S. (2007), *Medical power and social knowledge*, London: SAGE Publications.
- Tyssen Reidar (2007), "Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies" *Industrial health* vol.45, s.599-610.
- Uallachain Grainne N. (2007), "Attitudes toward self-health care: a survey of GP trainees" *Ir Med J* vol.100, s.489-491.
- Uddenberg Nils (2015), *Lidande och Låkedom. Del I*, Stockholm: Fri tanke förlag.
- Uddenberg Nils (2015), *Lidande och Låkedom. Del II*, Stockholm: Fri tanke förlag.
- van Poppel Frans et.al. (2016), "The Life Expectancy of Medical Professionals in the Netherlands, Sixteenth to Twentieth Centuries" *Population* vol.71, s.619-640.
- Vergheese Abraham (1998), *The tennis partner*, New York: Harper Perennial.
- Wahlberg Karin (2016), *Cancerland tur & retur. Livet som läkare och patient*, Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Wall Maja, Schenck-Gustafsson K., Minucci D., Gustafsson Sendén M., Løvseth L.T., Fridner A. (2014), "Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden – a cross sectional study" *BMC Psychol* vol.2, s.1-8.

- West Colin P., Dyrbye L.N., Erwin P.J., Shanafelt T.D. (2016), "Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis" *The Lancet* vol.388, s.2272-2281.
- Wiltshire John (2000), "Biography, Pathography, and the Recovery of Meaning" *The Cambridge Quarterly* vol.29, s.409-422.
- Wood Harrison F. (1987), "Duodenal ulcer" *When doctors get sick*, red. Harvey Mandell och Howard Spiro, New York: Plenum Press, s.259-265.

Elektroniska källor

- Dramadokumentären *Akuten*, www.svtplay.se/akuten. (2013-02-20).
- HOUPE-nätverket. www.houpe.no (2019-09-13).
- Kommande antologi om läkaren som patient. www.whatsinastory.co.uk/doctoraspatient. (2019-06-22).
- Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, 9§, www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460 (2019-05-17)
- Lynch James W. (2015), "The epidemic of burnout, depression, and suicide in medicine. One doctor's story about coming back from the brink" www.theconversation.com/uk. (2015-05-18).
- Mulligan John P. (2015), "View from the Other Side of the Stethoscope: The Doctor as Patient" *EngagingPatients.org*. www.engagingpatients.org/paths-to-patient-centered-care/view-side-stethoscope-doctor-patient/ (2019-04-25).
- Penn State College of Medicine, www.med.psu.edu/humanities. (2016-03-21).
- "Psykisk ohälsa i kommun- och landstingssektorn, dec 2017," www.afaforsakring.se.
- Sveriges läkarförbunds kollegiala rådgivning. www.slf.se/rad-och-stod/hallbart-arbetsliv/rad-och-stod-fran-andra-lakare/ (2019-07-05).
- The Doctor* (1991), Poster till filmen, www.joblo.com/movie-posters/1991/the-doctor/image-22105, (2019-09-11).
- The epidemic of physician burnout", www.gold-foundation.org/newsroom/blog/epidemic-physician-burnout/ (2017-09-09).
- "What should be done about the physician burnout epidemic", www.ama-assn.org/practice-management/physician-health/what-should-be-done-about-physician-burnout-epidemic (2019-09-03).

Korrespondens och muntliga källor

Frank Arthur (2013), Key note-anförande vid doktorandkursen, *Making sense of stories. Narrative approaches in Health Sciences and Medicine*, Oslo, 7-9 januari 2013.

Intervju med Alexander Wilczek, dåvarande överläkare vid psykiatriska kliniken, Ersta diakoni (2016-02-19).

Mailkorrespondens med Lars Håkan Nilsson, tidigare verksam läkare inom beroendevården vid Västmanlands sjukhus i Västerås. (2019-05-02).