
Alternativt om alternativer

KRONIKK

REIDAR PEDERSEN

BJØRN HOFMANN

Senter for medisinsk etikk
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

I denne artikkelen belyses en del metodiske svakheter ved Aarbakke-utvalgets utredning om alternativ medisin. For det første tar utvalget ikke konsekvensene av sine vitenskapsteoretiske betraktninger og idealer. For det andre følger utredningen ikke sine egne konklusjoner om effektivitet. Den benytter effekt som kriterium etter å ha vist at dette er svært problematisk. I tillegg unnlater utredningen å begrunne og vurdere sin egen metodikk. Effektiviteten som blir benyttet bygger på «vitenskapelige kriterier» som implisitt plasserer den i en skolemedisinsk tradisjon. Disse problemene synes å være en følge av at utredningen ikke tar opp grunnleggende forskjeller mellom alternativ medisin og skolemedisin.

I tråd med utviklingen av alternative behandlingsformer har vi fått en egen utredning om alternativ medisin (1). Aarbakke-utvalgets utredning har fått positiv respons, men også kraftig kritikk. Et moment som er blitt debattert er forslaget om registreringsordning (2 – 4). Den kraftigste kritikken gjelder vitenskapsteoretiske betraktninger og effektiviteter (5 – 6). Dette er også sentralt for våre kommentarer.

I utredningen har man valgt en strategi der man beskriver, men ikke tar stilling til de ulike forklaringsmodeller innenfor alternativ medisin. Man lar de ulike alternative behandlingsretninger selv redegjøre for sine teorier. Dette er blitt misoppfattet til hen at utvalget har gått god for beskrivelsene (5). Utvalget har snarere avstått fra en bestemt forklaringsmodell, skolemedisinsk eller annen, for å vurdere de ulike alternative behandlingsformer. Tilsvarende beskriver utredningen også ulike vitenskapssyn og sykdomsforståelser uten å benytte et bestemt syn for å vurdere alternativ medisin. Isteden har utvalget valgt å benytte dokumentert effekt som praktisk evaluerings- og avgrensningskriterium.

Utvalget skulle ifølge mandatet redegjøre for hvor alternativ medisin står i forskningssammenheng og gjøre rede for hva som kjennetegner (ulike former for) alternativ behandling og slik utøvelse. Utvalgets tolking av mandatet er blant annet å avgrense alternativ medisin mot skolemedisin og etablert helsevesen på den ene side, og mot annen virksomhet med behandlingselementer på den annen side. Dette innebærer en diskusjon av hva som særmerker skolemedisin og alternativ medisin. Utvalget har bl.a. brukt vitenskapsteori for en slik diskusjon.

Vitenskapsteoretiske betraktninger

Hensikten med å drøfte utredningens vitenskapsteoretiske grunnlag er ikke å starte en vitenskapsteoretisk polemikk. Det er heller ikke meningen å påstå at man behøver grundig vitenskapsteoretisk gjennomgang for å vurdere alternative behandlingsmetoder. Men når utvalget har lagt så vidt mye vekt på dette, synes det likevel passende å komme med enkelte kommentarer.

I kapitlet Begrepsdiskusjon og vitenskapssyn (1, kap. 3) konkluderer utvalget med at forskningen innen skolemedisin og alternativ medisin er i ferd med å komme hverandre noe i møte. Hvorvidt dette lykkes, avhenger ifølge utvalget av minst to forhold: «En gjensidig respekt for hverandres tradisjoner om hva som blir sett på som grunnleggende verdier i disse tradisjonene, samt oppriktig forsøk på å stille kritiske spørsmål ved rådende tenkemåter og terapeutiske metoder» (1, side 29). Dette er et godt utgangspunkt, men det er minst to grunner til å hevde at utvalget selv ikke følger opp disse idealene. For det første viser utvalget manglende innsikt i og respekt for viktige vitenskapelige tradisjoner gjennom inkonsistens og manglende presisjon i omtalen av viktige vitenskapelige tradisjoner og begreper. For det andre er det en del viktige kritiske spørsmål som ikke blir stilt i utredningen.

Inkonsistens og manglende presisjon

Om positivisme

I 1960-årene var det en debatt om vitenskapelige metoder, ofte kalt positivismedebatten, spesielt i samfunnsforskning og humaniora, men debatten har også fått konsekvenser for naturvitenskapelig forskning. Et sentralt spørsmål i positivismedebatten var om man kan bruke de samme metoder i all forskning. Man var særlig opptatt av om man kunne bruke kvantitative eller objektive metoder i studiet av mennesket. Flere hevdet at når man gjør mennesket til studieobjekt må man ta hensyn til det som særmerker mennesket gjennom valg av metoder. Et eksempel på slik tilpasning er å benytte kvalitative metoder i samfunnsforskning.

Om postivismedebatten konkluderer utvalget: «Resultatet av denne debatten ble en erkjennelse av at de ulike innfallsvinklene har sine særlige sterke og svake sider, noe som gjør at de i praksis må eksistere side om side» (1, side 27). For det første kan man hevde at resultatet av debatten heller var at man måtte tilpasse innfallsvinkel etter studieobjekt, og at ingen forskning kan skje fra et fordomsfritt ståsted. For det andre, og dette er kanskje mest alvorlig, lar ikke utvalget de ulike innfallsvinklene eksistere

side om side i sine vitenskapelige kriterier ved vurdering av dokumentasjon i kapittel 13, men velger ensidig kriterier fra kvantitativ forskning. Dette samsvarer dårlig med en «erkjennelse av at de ulike innfallsvinklene (. . .) må eksistere side om side».

Om sannhet og positivisme

Sannhet er et vanskelig tema som utredningen tar opp i korte trekk. «I den positivistiske tradisjonen er sannhet det som kan anses som objektivt etterprøvbart» (1, side 27). For det første er dette neppe en tilstrekkelig definisjon av sannhet innenfor noen tradisjon. For det andre er etterprøvbarehet også et av kravene utvalget stiller (1, side 191). Betyr det at utvalget adopterer sannhetskrav fra den positivistiske tradisjonen?

Den beskrivelsen av sannhet som tillegges kvalitativ forskning, er enda mer mangelfull: «Sannhet blir i dette perspektivet [kvalitativ forskning] det som har gyldighet i det enkelte tilfellet» (1, side 28). Dette er en tvilsom påstand og underminerer trolig muligheten for et sannhetsbegrep overhodet. Hva sannhet blir eller er i kvalitativ forskning er ikke kun bestemt av hva som har gyldighet i det enkelte tilfellet. Det ville umuliggjøre kritikk, kommunikasjon og intersubjektivitet innenfor kvalitativ forskning. I samme avsnitt som disse beskrivelsene av sannhet, kobles vitenskapens mål til allmenngyldige sannheter: «Ofte blir det hevdet at vitenskapens mål er å komme frem til allmenngyldige sannheter, enten disse eksisterer uavhengig av menneskets oppfattelsesevne (positivisme) eller de bygger på menneskets evne til fortolkning. Sannheten og det allmenngyldige blir da betraktet som selve kjernemålene for vitenskapelig aktivitet» (1, side 28). Utvalget tar ikke eksplisitt stilling til denne beskrivelsen, men det er en formålsparagraf som har en «kvantitativ undertone» ved å legge vekt på det allmenngyldige. Det er umulig å tilfredsstille ønsket om allmenngyldige sannheter med sannheter fra kvalitativ forskning som kun «har gyldighet i det enkelte tilfellet». Dermed kan ikke vitenskapens kjernemål nås ved kvalitativ forskning hvis utvalgets påstander er riktige.

Ovenstående sitat inneholder dessuten en villedende påstand. Å påstå at «allmenngyldige sannheter (. . .) eksisterer uavhengig av menneskets oppfattelsesevne» er ikke positivisme slik utvalget påstår. Selv positivistene ville ta høyde for menneskets oppfattelsesevne og også trolig hevde at denne oppfattelsesevnen er en betingelse for å kunne nå sannhet. Et eksempel på en slik positivistisk posisjon er de logiske empiristene som hevdet at forskning og sannhetskriterier må basere seg på den menneskelige oppfattelsesevne og logikken.

Om empiri

Kapitlene om alternativmedisinske behandlingsformer og deres forklaringsmodeller og virkningsmekanismer (1, kap. 5 og 6) er ifølge utvalgets leder deskriptive (7). Man angir virkningsmekanismer som er basert på kunnskap om kroppens funksjoner og kunnskap om hvordan harmoni best kan etableres. Utsagnene gir uttrykk for kunnskapsgenerering som er etablert av alternativmedisinske utøvere. Det understrekes at utsagn om virkningsmåter og eventuelle behandlingseffekter refererer til forståelse og kunnskap som er etablert på empirisk grunnlag. Utvalget tar ikke stilling til innholdet i slike utsagn. Utvalgets vurderinger av hvordan ulike effektvurderinger kan foretas og av alternativmedisinske behandlingsformers effekt og bivirkninger følger i henholdsvis kapittel 12 og 13 (1, side 50).

Vi ser at utvalget ikke ønsker å foreta vitenskapsteoretiske vurderinger av virkningsmåter og forklaringsmodeller i alternativ medisin. Ovenfor påpekte vi at vitenskapsteoretisk erkjennelse fra kapittel 3 ikke benyttes i kapitlet om effektvurderinger (1, kap. 13). For det første er det overraskende at utvalget har vektlagt vitenskapsteori, da de vitenskapsteoretiske konklusjonene (fra kapittel 3) verken benyttes i kapitlene om forklaringsmodeller og forklaringsmåter (1, kap. 5 og 6) eller i kapitlene om effektvurderinger (1, kap. 12 og 13).

For det andre hevder utvalget at det gjengir utsagn som referer til «forståelse og kunnskap som er etablert på empirisk grunnlag». I dette ligger det en avvisning av alt det som ikke er etablert på empirisk grunnlag. Dette er, om ikke annet, en vitenskapsteoretisk vurdering. At utredningens utvalg av utsagn er etablert på empirisk grunnlag er dessuten svært tvilsomt. Følgende eksempel kan underbygge vår tvil: «Auraen er nært knyttet til vårt tanke og følelsesliv, til hele vår bevissthet. Her er det et nettverk av livsenergisentre og livsenergibaner, som et slags usynlig nervesystem, som blant annet tar inn vital livskraft til hver eneste celle i kroppen. (. . .)» (1, side 69).

Vi påstår ikke at beskrivelsene umulig kan være riktige. Vi spør kun om dette er forståelse og kunnskap som er etablert på empirisk grunnlag. Og hvis ja, hva mener utvalget da med empirisk grunnlag eller empirisk forskning.

Om forklaringsmåte

Vi stiller også spørsmål ved hva utvalget mener med «forklaringsmåte». Under presentasjon av *forklaringsmåten* til akupunktur får vi vite at den vitenskapelige kunnskapen om integrerte helbredelsesprosesser er svært mangelfull og ufullstendig i Norge. Deretter følger informasjon om hvor akupunktører har fått sin grunnutdanning og hvor de utøver sin virksomhet. Til slutt får vi vite at «Over 30 prosent av norske leger henviser pasienter til akupunkturbehandling» (1, side 55). Hvis disse opplysningene er relevante for forklaringsmåte, er det uklart hva utvalget mener med forklaringsmåte.

En del viktige kritiske spørsmål blir ikke stilt

Spørsmålet om hva som er vitenskap stilles i kapittel 3, men spørsmålet om alternativ medisin er vitenskap stilles ikke. Det synes som om utvalget tar det for gitt at alternativ medisin er vitenskap, ved at vitenskap defineres som «det som er basert på forskning» (1, side 26) og at man snakker om «forskning innen alternativ medisin» (1, side 15) og «alternativmedisinsk forskning» (1, side 205). Et annet spørsmål som ikke stilles i rapporten er om alternativ medisinsk forskning er grunnforskning eller anvendt forskning. Svaret på dette spørsmålet er viktig for hvor stor rolle samfunnsnytte skal spille i vurderingen av forskningen og hva som er forskningens formål.

Utvalget gir ikke noe svar på hvor alternativmedisinsk forskning står i forhold til kvalitativ og kvantitativ forskning. På den ene side hevdes det at det innen alternativ medisinsk forskning er en utbredt skepsis med hensyn til kvantitative metoder og at kunnskap som er basert på kvalitative metoder har større gyldighet (1, side 29). På den annen side hevdes det at gjennomgang av innsendt materiale fra alternativ medisinsk forskning viser «at det i all hovedsak er brukt kvantitative forskningsmetoder» (1, side

190). Det ville vært klargjørende for utredningen og viktig for fremtidige forskningsprioriteringer om utvalget tok stilling til om kvalitative metoder er bedre egnet enn andre metoder i alternativmedisinsk forskning.

Mot slutten av utredningen, i kapittel 13 Vurdering av alternativmedisinske behandlingsformers effekt og bivirkninger finner vi en vurdering av den innsendte dokumentasjonen (1, side 205). Hovedproblemene med alternativmedisinsk forskning nevnes i sju hovedpunkt. Eksempler er for små undersøkelser, få systematiske etterprøvinger av tidligere undersøkelser og at placebokontroll er vanskelig. Vår innvending er at denne vurderingen av alternativmedisinsk forskning og dokumentasjon mangler sammenheng med tidligere diskusjoner av vitenskap (1, kapittel 3) og kriterier for vurdering av dokumentasjon/effekt (1, side 190). Spørsmålet om det bør være en sammenheng mellom de ulike avsnitt av rapporten som gjør vitenskapsteoretiske vurderinger, reises heller ikke.

Mangel på åpen diskusjon og refleksjon omkring disse spørsmålene gir rom for skjult skjønn. Det skjulte skjønnet gjør det vanskelig å etterprøve og vurdere utredningens resultater, selv om vi hadde hatt tilgang på det samme datamateriale.

I det følgende vil vi se nærmere på problemer ved utredningens effektvurderinger knyttet til manglende diskusjon av eget normativt ståsted og skjult skjønn.

Medisinsk effekt

To av de mest sentrale kapitlene i utredningen er kapittel 12 og 13, om effektvurdering. Dette er sentralt fordi behandlingseffekten blir gjort til kriterium for vurdering av de alternative behandlingsmetoder. Det er flere vanskeligheter knyttet til utredningens veivalg her.

For det første problematiserer utredningen effektvurdering (1, kap. 12) Den viser til en rekke mangler ved vurdering av effekt og hvordan vurderingen kan være påvirket av ulike interesser på tross av sitt skinn av å være vitenskapelig. Likevel tar ikke utredningen hensyn til dette når den selv velger metode. Det er altså liten eller ingen sammenheng mellom kapittel 12 og 13.

Kriteriene for å vurdere effekt (1, kap. 13.2.2) er, for det andre, kurativt dominert. Vurderingen av behandlingsmetodenes effekt tar mindre hensyn til pasientenes opplevelse av å være syk og å bli bedre eller verre. Vi skal komme tilbake til dette. Poenget her er at det skinn av nøytralitet som utredningen får ved ikke å ta stilling til virkningsmekanismer, blir borte. Dette understrekes når utredningen benytter «generelle kvalitetskrav til kvantitativ forskning» for å vurdere alternative behandlingsformer (1, kap. 13.2.6). Dermed har utredningen allerede tatt stilling til fordel for skolemedisin i forhold til alternativ medisin.

For det tredje diskuteres placeboeffekten uten at det får følger for effektkriteriene som velges. Dersom placeboeffekten har virkning på folks oppfatning av å være syke, bør det begrunnes hvorfor den utelates fra effektvurderingene.

For det fjerde synes dokumentasjonskriteriene som benyttes (1, kap. 13.2.6) å være ubegrunnet. Det henvises til generelle kvalitetskrav for kvantitativ forskning, men konklusjonen fra kapittel 3 om at det bør være balanse mellom kvantitative og kvalitative tilnæringsmåter synes ikke å være tatt til følge.

For det femte synes utredningens sekstrinnsskala for vurdering av dokumentert effekt (1, kap. 13.2.7) å være problematisk. Denne skalaen benyttes for den endelige vurderingen av de alternative behandlingsformene og er utredningens arkimediske punkt. Det viktigste kriteriet i skalaen er sikkerhet i effektdokumentasjon. Selv om utredningen viser til hvordan den vurderer virkning av alternativmedisinske metoder (1, kap. 13.2.3), ulike nivåer av dokumentasjon (1, kap. 13.2.4), vitenskapelige kriterier for vurdering av dokumentasjon (1, kap. 13.2.6) og hvilke praktiske kriterier den legger til grunn for å vurdere dokumentasjon (1, kap. 13.2.5), forklarer ikke utredningen hvordan disse kriteriene benyttes i sekstrinnsskalaen. Dessuten inneholder skalaen tre dimensjoner: dokumenterbarhet, klinisk erfaring og effekt. Hvordan disse dimensjonene er vurdert på de ulike trinnene i skalaen sier utredningen lite om. Ut fra beskrivelsen av trinnene i skalaen, kan det virke som om dimensjonene veies ulikt på de ulike trinnene. Det er videre verdt å merke seg at i tre av de seks trinn i skalaen er effekten kjent: 1 Dokumentert effektiv, 5 Ikke effektiv og 6 Farlig. I praksis vurderes alle de alternative behandlingsformene på trinn to til fire (2 Mulig/trolig effektiv, 3 Kanskje effektiv, 4 Utilstrekkelig datagrunnlag), det vil si at de ikke har kjent effekt. Det eneste unntaket er akupunktur ved postoperativ og cellegiftindusert kvalme hos voksne, som er *dokumentert effektiv*. Dette betyr i praksis at man har laget en vurderingsskala som viser at alternativ medisin ikke er noe alternativ til dokumentert skolemedisin.

For det sjette, benyttes det skjønn for å vurdere de ulike behandlingsformers dokumenterte effekt i forhold til sekstrinnsskalaen. Denne kvalitative vurderingen strider mot det inntrykket utredningen gir av å benytte kvantitative vitenskapelige kriterier (1, kap. 13). Utredningens effektivvurdering er derfor delvis skjult for leseren. Dersom utredningen ønsket å ta til følge sine vitenskapsteoretiske betraktninger i kapittel 3 og benytte en kvalitativ vurdering av alternativ medisin, så kommer ikke dette klart frem. En slik strategi ville også kreve en presentasjon av eller referanse til den kvalitative metoden som skulle benyttes. En slik referanse mangler i utredningen. Dette betyr at utredningen, under skinn av ikke å ta stilling til fordel for skolemedisin i vurderingen av alternativ medisin, likevel benytter et skolemedisinsk ståsted for å vurdere alternative behandlingsformer for effekt. Bak denne metoden for vitenskapelig vurdering av dokumentert effekt ligger det en normativ vurdering. Hvilket grunnlag utvalget legger til grunn for denne normative vurderingen, er ikke eksplisitt. Således blir ståstedet for utredningens effektivvurdering i beste fall uklart.

Kort sagt: Utredningens problematisering av effektbegrepet synes ikke å angå den skalaen for effektivvurderinger som blir enerådende for vurderingen av alternative behandlingsformer. Videre benytter utvalget en sekstrinnsskala som synes dårlig begrunnet, og som under skinn av å være kvantitativ, likevel har kvalitative elementer. Ståstedet for en slik kvalitativ vurdering kommer ikke frem i utredningen, bl.a. pga. mangel på refleksjon og legitimering av eget normativt ståsted.

En annen kritikkverdig side ved effektivvurderingene, er at utredningen mangler en drøfting av om skolemedisin og alternativ medisin opererer innenfor samme virkefelt. Dette skal vi kommentere i det følgende.

Alternative alternativer

Utredningen maner altså til å trekke lærdom av positivismedebatten. Dersom man kan lære noe av denne, er det nettopp at innfallsvinkelen må tilpasses til studieobjektet. Det blir da essensielt å vurdere om det er vesentlige forskjeller mellom skolemedisin og alternativ medisin, for eksempel om de har ulike virkefelter. Som vi har sett, mangler utredningen en vurdering av om alternativ medisin er vitenskap eller ikke. Dessuten er den vag med henblikk på om kvantitativ og kvalitativ forskning er best egnet for alternativ medisin. I tillegg er utredningen i beste fall uklar når den skal vurdere om fremveksten av alternativ medisin skyldes skolemedisinens utilstrekkelighet (1, kap. 4.7, 7.1.1, 7.2.6 og 7.2.7). Det går altså ikke frem av utredningen om alternativ medisin og skolemedisin har ulike virkefelter.

På den ene side henviser utredningen til at alternativ medisin benyttes «når legen ikke lykkes» (1 kapittel 7.1.1). Det kan bety at skolemedisin og alternativ medisin har ulike virkefelter. På den annen side sier utredningen at alternativ medisin benyttes for «vanlige sykdommer» (1 kapittel 7.1.1), altså innenfor det som oppfattes som skolemedisinens virkefelt. Utredningen benytter dessuten samme kriterier for vurdering av skolemedisin som til alternativ medisin (effektkriteriet). Det tyder på at alternativ medisin her oppfattes å ha samme virkefelt som skolemedisin.

Utredningen er like uklar om alternative behandlingsformers virkefelt som den er taus i vurderingen av deres virkningsmekanismer. Det første har langt større konsekvenser enn det siste. Dersom det er slik at alternativ medisin har et annet virkefelt enn skolemedisin, så burde den vurderes etter egne kriterier. Det burde i hvert fall vært utredet.

Det er argumentert for at alternativ medisin er utviklet som en reaksjon på skolemedisinens utilstrekkelighet. I litteraturen blir skolemedisinen kritisert for å være kurativt dominert (curative bias). Moderne medisin vektlegger «cure» fremfor «care». Dette medfører upersonlig behandling. Dessuten kritiseres skolemedisinen for å være makteløs overfor tilfeller der mennesker føler seg syke (illness), men hvor man ikke kan finne noen sykdom (disease). Videre blir skolemedisinens utilstrekkelighet ofte trukket frem i forbindelse med behov for endringer i helsevesenet. Eksempelvis blir det høye kostnadsnivå nevnt som en klar ulempe. Det høye teknologiske nivå og begrensede ressurser tvinger helsevesenet til å prioritere. Dersom det er slik at alternativ medisin velges fordi skolemedisinen ikke strekker til, bør dette ha følger for skolemedisinens selvoppfatning og utvikling. Videre bør det virke inn på hvordan alternative medisinformer vurderes.

For å sannsynliggjøre at det er rimelig å vurdere om alternativ medisin og skolemedisin har ulike virkefelter, skal vi benytte noen distinksjoner: «disease» og «illness», samt behandle, lindre og trøste. Vi sier ikke at en utredning om alternativ medisin bør inneholde en drøfting av disse begrepene. De er benyttet her for å illustrere at alternativ medisin og skolemedisin kan ha ulike virkefelter og at dersom det er slik, så bør de vurderes etter ulike kriterier.

Å være syk uten å ha en sykdom

Utredningen påpeker de store vanskene som er knyttet til sykdomsbegrepet (1, kap. 3.2). Den tar derfor ikke utgangspunkt i noen spesiell definisjon av sykdom, det være seg skolemedisinsk eller alternativ, for å vurdere de ulike behandlingsformer. Dette redder utredningen fra den teoretiske hengemyr som omgir sykdomsbegrepet, men den unngår også et viktig skille.

I litteraturen skiller man mellom objektiv manifesterbar sykdom (disease) og subjektiv opplevelse av å være syk (illness). Alternativ medisin har hatt størst og økende utbredelse i tilfeller der skolemedisin ikke kan finne noen sykdom, men hvor pasienten føler seg syk (1, kap. 7).

Dette kan bety at de to behandlingsformene i praksis har ulike virkefelter: skolemedisinen konsentrerer seg om manifest objektiv sykdom mens alternativ medisin er rettet mot den enkeltes oppfatning av å være syk. Dette synes også å være utvalgets oppfatning (1, kap. 3.2). Utvalget mener at «fremveksten av alternativ medisin gjennom de siste årtier er knyttet til en rekke ulike forhold som behandling av sykdomstilstander hvor avviket ikke er åpenbart og hvor konsekvensen er redusert funksjon eller velvære . . . » (1, side 26). Dersom det er slik, synes valget av vurderingskriterier å være spesielt viktig. Å vurdere en aktivitet som har som målsetting å ivareta og ha omsorg for situasjoner hvor mennesker føler seg syke (illness) ut fra objektivt målbare kriterier på sykdom (disease) vil være uhensiktsmessig. Poenget her er likevel ikke å lede debatten ut på de bunnløse teoretiske dyp, men snarere å konstatere at sykdom (disease) og det å være syk (illness) er ulike aspekter ved den menneskelige eksistens som ikke uten videre kan vurderes etter samme kriterier.

Dersom skolemedisin og alternativ medisin konsentrerer seg om ulike virkefelter, eksempelvis om henholdsvis sykdomsmanifestasjoner (disease) og subjektiv opplevelse av å være syk (illness), vil det være vanskelig å vurdere disse etter samme kriterier. Spørsmålet om alternativ medisin virkelig er alternativ med henblikk på virkefelt (illness istedenfor disease), synes ikke reist eksplisitt i utredningen. Effektvurderingen i kapittel 12 og 13 svarer dog implisitt på dette. Da det nemlig benyttes samme kriterium på begge behandlingsformer, kan det tolkes som om deres virkefelter vurderes som sammenfallende. Resultatene viser imidlertid at ingen alternative metoder (med unntak av akupunktur i bestemte tilfeller) har dokumenterbar effekt. Det betyr at så godt som ingen metoder er reelle alternativer til skolemedisin ut fra (skolemedisinsk) effektvurdering. Et utredningsresultat som viser at alternativ medisin ikke er alternativ, (sic!) burde være signal om at vurderingsmetodikken må gjennomgås nærmere.

Behandle, lindre og trøste

Forholdet mellom opplevd (illness) og manifest sykdom (disease) gjenspeiler seg i forholdet mellom behandle, lindre og trøste. Mens behandling sikter på å fjerne eller redusere manifest sykdom, søker lindring og trøst å hjelpe personen i hans eller hennes opplevelse av å være syk. Kritikere av skolemedisin hevder at den er for sterkt orientert

mot behandling. Dette har gjort at lindring og trøst er blitt et forsømt område overtatt av andre. Dersom dette er riktig, kan virksomheter som fokuserer på behandling vanskelig evalueres på samme måte som virksomheter som konsentrerer seg om lindring og trøst og vice versa.

Utredningen klargjør ikke skillet mellom behandling, lindring og trøst. Derimot benyttes dokumentert behandlingseffekt som eneste kriterium for å vurdere de alternative behandlingsmetodene. Det vil si at mens man ikke bruker medisinsk-vitenskapelige kriterier for å vurdere de alternative virkningsmekanismer og forklaringsmodeller, så benyttes skolemedisinens krav om behandlingseffekt for å vurdere resultater. Effektkriteriet er et typisk mål for behandling, noe utredningen selv problematiserer. Dette betyr at utredningen forsterker den kurative dominansen (curative bias). Dersom såkalt alternativ medisin skulle komme *i tillegg til* eller som en korreks til denne dominansen synes det ikke korrekt å vurdere den ut fra krav om kurativ effekt.

Konklusjon

Vi har i vurderingen av utredningen ikke tatt stilling til mandat eller konklusjon. Vårt syn på de ulike alternative behandlingsformer eller på alternativ medisin generelt har heller ikke vært drøftet i denne artikkelen. Vi har derimot forsøkt å belyse en del metodiske vanskeligheter ved utredningen.

Vi mener at utredningen om alternativ medisin gjør meget klokt når den avstår fra å vurdere de ulike alternative behandlingsformers virkningsmekanismer ut fra et skolemedisinsk ståsted. Spørsmålet som reises her er om utredningens strategi er like klok på en del andre områder. For det første tar den ikke konsekvensen av sine vitenskapsteoretiske betraktninger og idealer. For det andre følger utredningen ikke sine egne konklusjoner om effektvurdering. Den benytter effekt som kriterium etter å ha vist at dette er svært problematisk. I tillegg unnlater utredningen å begrunne og vurdere sin egen metodikk (sekstrinnsskalaen). Effektvurderingen som blir benyttet, bygger på «vitenskapelige kriterier» som implisitt plasserer den i en skolemedisinsk tradisjon. Til grunn for effektvurderingen ligger normative vurderinger som ikke kommer klart frem.

Disse vanskene synes å være en følge av at utredningen ikke tar opp grunnleggende forskjeller mellom alternativ medisin og skolemedisin. Dette belyses av skillene mellom sykdom (disease) og å være syk (illness) og mellom behandling og lindring og trøst. Dersom skolemedisin og alternativ medisin har ulike domener, må de vurderes etter ulike kriterier. En utredning om alternativ medisin som ikke reiser spørsmål om alternativene virkelig er alternativer, er ikke spesielt *alternativ* !

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Alternativ medisin. NOU 1998: 21. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.

2. Aavitsland P. Frihetens øyeblikk for pasientene. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 352.
 3. Aarseth HP. Hva taler imot innføring av en registerordning for utøvere av alternativ medisin? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 396.
 4. Bruseth S. Argumenter for en registreringsordning. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 396.
 5. Frøyland J, Gjøtterud K, Ystenes M. Uimotsagt tøv i offentlig utredning. Aftenposten (morgenutgave) 9.4.1999.
 6. Greibrokk T, Helgaker T, Uggerud E. Grunnlaget for homøopati som behandlingsmetode. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 849 – 51.
 7. Aarbakke J. NOU 1998: 21 Alternativ medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1334.
-

Publisert: 20. februar 2000. Tidsskr Nor Lægeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. september 2026.