

Medisinske sannheter, hva er det?

Det er ingen ny erkjennelse at medisinske sannheter ofte har kort levetid. Men dette faktum krever uopphørlig refleksjon over holdbarheten av og det teoretiske grunnlaget for aktuell praksis. I det moderne samfunn finnes en allment utbredt skepsis til muligheten for å finne den ene riktige medisinske behandling eller det svar som vil motstå enhver kritikk, og i akademiske sammenhenger er oppfordringer om å «søke sannheten» sjeldnere enn før. I den postmoderne holdning ligger en skepsis til sannhetsbegrepet som sådant. Medisinen har en lang tradisjon for å leve med usikkerhet, men en holdning med total relativisering kan selvsagt ikke forsvares. I en praktisk preget disiplin som medisinen må teori og kunnskap omsettes i handling. Det er derfor nødvendig, men samtidig besværlig, å etablere holdbar og sann medisinsk kunnskap. Tilsvarende er det enkelt å fremsette udokumenterte eller ikke dokumenterbare påstander, slik man ser det i alternativ medisin.

Oddmund Søvik

odso@helse-bergen.no

Barneklubben

Haukeland Universitetssykehus

5021 Bergen

«Så sluttet jeg at jeg kunne ta som en allmenn regel at de ting vi fatter meget klart og meget tydelig, alle er sanne»

René Descartes (1)

Det er vanlig å snakke om medisinske sannheters levetid, både i spøk og alvor. Man kan gjøre seg morsom over foreldede utredningsprosedyrer og det faktum at en allment akseptert medisinsk behandling ofte ikke lenger er gangbar etter fem-seks år. Alvoret er dette: Mye av det medisinen beskjeftiger seg med, har ikke varig verdi. Dette må få oss til å reflektere over hva kunnskap og sannhet egentlig er. Hva er kriteriene på holdbar kunnskap og viten? Hvordan oppnås slik viten ad vitenskapelig vei? Lar dette seg anskueliggjøre og formidle? Hvordan møte utsagn av typen: Det ene kan være like riktig som det annet? Eller når det hevdes at alle tankesystemer har sine aksiomer, og derfor er like lite eller like mye å stole på.

Sannhetsbegrepet

Før jeg drøfter nærmere problemene omkring medisinske sannheter, vil jeg ta omveien om det spennende, men meget kompliserte allmenne sannhetsbegrep. Hva er egentlig sannhet? Spørsmålet er av ontologisk art (Ontologi: Læren om tingenes egenskaper og vesen).

Bertrand Russell (1872–1970) understreker betydningen av å skille mellom dette spørsmålet og spørsmålsstillingen om hvilke oppfatninger som er sanne (2). Dette er et kunnskapsteoretisk (epistemologisk) spørsmål.

Samtidig som filosofene er uenige om hva sannhet er, føler de fleste vanlige mennesker seg meningsberettiget på dette punkt. Arne Næss (f. 1912) foretok en gang en spørreundersøkelse blant tilfeldige mennesker han møtte (3). Et av svarene han fikk var at «det sanne det er slik det er». Som vi ser er ikke denne definisjonen så helt ulik den som René Descartes (1596–1650) formulerte (1). Det kan være hensiktsmessig å nevne de viktigste sannhetsteorier eller syn på hva sannhet består i.

Korrespondanseteorien – overensstemmelse

Ifølge denne teorien er sannhet en form for overensstemmelse med virkeligheten. Aristoteles var antakelig en av de første som formulerte sannhet på denne måten. Thomas Aquinas (1225–74) brukte denne definisjonen (4), og Russell (2) var tilhenger av den samme. Ifølge Næss (3) er dette den oppfatning av sannhet som har vært den mest utbredte blant filosofer. En påstand om et

! Fakta

- Mye av det medisinen beskjeftiger seg med har ikke varig verdi
- Like fullt kan det etableres kriterier på holdbar medisinsk kunnskap og viten
- I møte med alternative behandlingsformer representerer utsagn av typen «det ene kan være like bra som det annet» en stor utfordring
- Det er et tankekors at vi i dag kanskje er vitne til oppdagelser som først fremtidige generasjoner vil forstå betydningen av

direkte observerbart saksforhold er sann hvis den stemmer med dette saksforhold. Dette vil gjelde i naturvitenskapene, hvor forholdene observeres og måles. En teori kan sies å være sann dersom alle påstander i teorien som er direkte konfronterbare med saksforhold, er sanne.

Russell videreutviklet denne overensstemmelsesteorien, og hevdet at sannhet består i en eller annen overensstemmelse mellom antakelse og faktum. Et entydig utsagns sannhet eller feilaktighet vil bestå evig og uforanderlig, hevdet Russell. Mennesker kan i praksis snart ledes til å tro at utsagnet er sant, snart at det er usant, men hva menneskene til enhver tid mener, er ifølge Russell helt likegyldig for sannhetsverdien. Korrespondanseteorien krever et språk som uttrykker samsvaret mellom en oppfatning og virkeligheten. Det forutsettes en teori om forholdet mellom virkelighet, bevissthet og språk (5).

Forenlighetsteorien

En rivaliserende teori har vært den såkalte forenlighetsteorien. Ifølge denne teorien, som kom med rasjonalismen på 1600-tallet, er sannhet en innbyrdes relasjon mellom antakelser. En oppfatning er sann dersom den passer inn i en sammenhengende helhet. Det kreves indre sammenheng (koherens), men det forutsettes ingen uavhengig virkelighet som den menneskelige bevissthet skal bringes i samsvar med. Vanskeligheten med forenlighetsteorien er at den forutsetter bare én sammenhengende helhet. Hvis det finnes flere slike systemer, kan disse komme i kon-

flikt med hverandre, og hva er da sant? Historisk har det ofte vist seg at oppfatninger som på et gitt tidspunkt passet med alle andre velbegrunnede oppfatninger, senere er blitt forkastet. Russell tenkte seg at en virkelig fantasifull romanforfatter kunne konstruere en fortid som passet fullkomment inn i all vår viten, og som likevel var helt forskjellig fra den virkelige fortid. Ifølge Russell kan ikke sannhet bety koherens eller indre sammenheng, men koherens gir derimot en viktig sannhetskontroll. Koherens er et kriterium på sannhet.

Sannhet som helhet

Ifølge Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770–1831) eksisterer kunnskapen innenfor en viss forståelseshorisont (6). Jo større helhet forståelseshorisonten representerer, desto mer svarer kunnskapen til virkeligheten, og desto sannere er forståelsen. Sannheten er helheten. Hos Hegel inngår sannhetsbegrepet i et utviklingsforløp, hvor en stadig sannere forståelse oppnås gjennom overskridelser med nye erkjennelser.

Pragmatisk sannhet

Ifølge en pragmatisk sannhetsteori (6) består en oppfatnings sannhet i dens nytte og hensiktsmessighet. Et primitivt menneskes oppfatning av hva som skjer når helbredende urter legges på et sår, har samme sannhetsverdi som en leges vitenskapelige oppfatning om det samme hvis disse oppfatninger fører til nøyaktig samme hendelsesforløp i den ytre verden. En oppfatning er sann dersom den er nyttig. Hvis en modell for den genetiske kode er nyttig, så er den også sann. Pragmatisk sannhetsoppfatninger, som bygger på at våre oppfatninger bare kan settes på prøve gjennom praksis, er forfektet av blant andre Ernst Mach (1838–1916) og Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844–1900).

Sannheten som det subjektive

Når vi skal forstå hva sannhet er, må vi ifølge Søren Kierkegaard (1813–55) holde oss til det enkelte menneske (7). Sannhet blir ikke oppdaget kollektivt som ved avstemning. Sannheten er subjektiv i betydningen personlig og individuell, men ikke tilfeldig og vilkårlig. Sanne erkjennelser er slike som er vesentlige for subjektet, og det vesentlige har sammenheng med forholdet til det å eksistere. Sannhet blir for Kierkegaard identisk med tro, men ikke nødvendigvis religiøs tro. Den kan også gjelde etiske anliggender. Det gjelder «å være i sannhet». Kierkegaard nekter ikke for at det fins objektive sannheter, men eksistensielt er slike sannheter likegyldige.



Tegning av Honoré Daumier (23)

Sannhetsverdien av våre oppfatninger

Personlige erfaringer og religiøse åpenbaringer blir eksistensielt opplevd som sanne. I slike sammenhenger blir ikke vitenskapen anerkjent som en metode til å avgjøre spørsmålet om sannhet. Men når vi skal avgjøre hva som er sant og usant om historiske hendelser og konkrete fysiske forhold, er vitenskapen vår beste metode. Dette gjelder vitenskapen i vid forstand, og ikke bare naturvitenskap.

Historiske sannheter

Historiske kjensgjerninger finner vi vanligvis ikke grunn til å stille spørsmålstegn ved. Vi regner det som et faktum at mennesker har vært på månen. Det er også en historisk sannhet at nazistene uttrykket mange millioner jøder i den annen verdenskrig. Vi rister på hodet av mennesker som påstår at holocaust ikke fant sted. Men hvor mange millioner jøder ble tatt av dage? Her kommer det et usikkerhetsmoment inn. Jo lenger tilbake i historien vi går, desto mer usikre blir «kjensgjerningene». Hvordan kan vi bedømme utsagn om påståtte historiske hendelser? Vitneutsagn kombinert med skriftlige nedtegnelser er viktige. Likeledes nærhet i tid og innbyrdes konsistens mellom ulike typer opplysninger fra forskjellige kilder. Vi vil

også rent fornuftsmessig kunne vurdere om en hending i det hele tatt kan ha funnet sted. Hvis vi ikke tror på Jesus som Gud, vil vi fornuftsmessig avvise at han stod opp fra de døde.

Konsensus

Konsensus betyr bifall, samtykke, enighet, og umiddelbart vil man spørre om det nødvendigvis kommer noe sant ut av dette. Men konsensus er egentlig mer interessant som prosess enn som resultat. Gunnar Skirbekk (f. 1937) (8) drøfter sannhet (validitet) med utgangspunkt i de tanker Jürgen Habermas (f. 1929) har utformet (9).

Ifølge Skirbekk vil en moderat konsensussteori gå i retning av at dersom noe kan påvises å være et gyldig (sant) svar, så må det kunne gå an å bli enig om dette blant godvillige og kompetente personer. Konsensus er da en konsekvens av at et utsagn kan påvises å være et gyldig svar. Man bestemmer ikke hva som er gyldig ut fra at det er oppnådd konsensus. Historisk er mennesker ofte blitt tvunget til å oppgi sin konsensus om den ytre verden, for eksempel jorden og stjernehimmelen, fordi enigheten senere viste seg å hvile på svikende grunnlag.

Det vi ifølge Habermas trenger, er en grunnlagt konsensus. En faktisk konsensus er ikke nok. Men hva er en grunnlagt konsensus? Her kommer argumentasjonen inn. Man kan nærme seg en sannhet ved en argumentasjon (diskurs) hvor alle hindringer for fri meningsutveksling er fjernet. Viktige elementer i valideringsprosessen blir argumentasjon og refleksjon. I praksis må en diskurs stadig kunne ta inn data (informasjon), fra kommunikativ eller eksperimentell handling. Det er viktig å eliminere alt ved diskursen som kan hindre at argumentet alene er virksomt. Det er likeledes viktig at det ikke foreligger tidsbegrensninger under diskursen. Avstemning er lite ønskelig. Den ideelle diskurs forutsetter tilstrekkelig (ubegrenset) tid. Habermas fokuserer på det argumentative aspekt ved vitenskapelig aktivitet, med interpretasjon og argumentasjon for og imot.

Medisinske sannheter

Det er lett å finne eksempler på misgjerninger i den medisinske historie. Så sent som i 1922 uttalte den danske kirurgen Carl Westel (1867–1946), i forbindelse med behandling av kronisk obstruksjon med kolektomi, at det var for tidlig å felle noen dom over «denne noget vel radikale behandling» (10).

Mens dette i dag kan betraktes som et rent kuriosum, er holdningen klart fordømmende når det f.eks. gjelder den tidligere bruk av lobotomi ved psykiatrisk sykdom. Delvis slik fordi denne praksis ligger oss nærmere i tid, men kanskje også fordi hjernen betraktes som et edlere organ enn colon. I lobotomidebatten er det reist alvorlige anklager mot en psykiatrisk behandlingsform som i dag er forlatt. Det er selvfølgelig helt legitimt å diskutere tidligere tiders praksis i lys av dagens viten og standard, men det er et tankekors at tidligere professor Ørnulv Ødegård som her i landet er kommet i skuddlinjen for sin befatning med lobotomi, var en av de lærerne som ble verdsatt høyest av sine medisinstudenter, på grunnlag av faglig integritet og etisk standard.

Enhver tid har sin viten og sine forutsetninger, og må vurderes deretter. Forestillingen om hyperaciditet og stress som årsak til magesår sitter ennå dypt i den medisinske tankegang. Men ingen kan bebreides for ikke å ha behandlet ulcus som en infeksjons sykdom før denne etiologien ble kjent. På samme måte vil nødvendigvis teorien om hva som er den beste behandling for bakteriell pneumoni være helt forskjellig før og etter penicillinets oppdagelse. Den best mulige behandling før penicillinets æra var samtidig den riktige ut fra tidens forutsetninger. Med penicillinet kom en ny sannhet, som kanskje også vil være tidsavhengig.

Mens terapeutiske retningslinjer kommer og går, har vi heldigvis også mer robust medisinsk kunnskap. Teorien om en sammenheng mellom røyking og lungekreft ble først møtt med skepsis og motstand, men er gjennom årene blitt validert. Teorien har i dag oppnådd en høy grad av evidens, og vi har vanskelig for å se hvordan den i fremtiden skulle bli underkjent. Prognostiske utsagn har også ofte stor sannhetsverdi. Familiær hyperkolesterolemi gir ubehandlet en betydelig risiko for hjertesykdom og tidlig død, og ved diabetes mellitus kan senkomplikasjoner forutsies med stor sikkerhet. Når et prognostisk medisinsk utsagn korresponderer med det faktiske sykdomsforløp, har vi å gjøre med sannhet som overensstemmelse (2).

Både den generelle og spesifikke sykdomsforståelse vil øke over tid. Man kan se på kunnskapsmassen som et puslespill. Etter som forståelsen øker og brikkene faller på plass, trer det sanne bildet frem. Bildet danner et sammenhengende hele. Sannheten er helheten, jf. Hegel (6). Klarleggelsen av sykdomstilstander i praksis eller forskning har sin uomtvistelige nytteverdi, men gir i tillegg intellektuell tilfredsstillelse og glede. Det er dette som har vært betegnet som gaudium de veritate (11), dvs. den tilfredsstillelse vi føler ved ny erkjennelse og løsningen av et problem.

Tabell 1 Vitenskapens etiske og sosiale normer

Åpenhet
Universalitet
Objektivitet
Originalitet
Skepsis

Tabell 2 Kunnskap i et postmoderne perspektiv

Pluralisme
Subjektivitet
Relativisering
Henvvisning til skjult makt

Kunnskapsbasert medisin

Betegnelsen kunnskapsbasert medisin forbindes ofte med det såkalte Cochrane-samarbeidet. Dette samarbeidet har fått sitt navn etter den britiske epidemiologen Archie Cochrane (1909–88), som kjempet for at helsevesenet måtte bruke sine begrensede ressurser på tiltak som hadde dokumentert effekt. Cochrane-samarbeidet har utviklet seg til å bli et verdensomspennende nettverk av enkeltpersoner som utarbeider, vedlikeholder og formidler systematiske oversikter og metaanalyser av effektiviteten av helse tjenester (12, 13).

Pålitelig kunnskap søkes også etablert ved konsensuskonferanser. Når situasjonen på et fagfelt blir uoversiktlig, med sprikende oppfatninger av hva som er det riktige, sammenkalles ekspertene i den klare hensikt å etablere dagens offisielle syn på diagnose og behandling. Dette kan være en meget nyttig fremgangsmåte til å rydde opp i et fagfelt og foreta en kritisk vurdering av ulike observasjoner og teorier. Men konsensus må være basert på noen viktige forutsetninger. Delta-kerpanelet må være bredt sammensatt og ikke bare bestå av personer som forvalter den konvensjonelle visdom. Forutsetningen er også at konsensus etableres ved fri diskusjon og argumentasjon. Implisitt i en konsensus må være at den skal revideres, og en konkret plan for dette bør tas med i konsensusdokumentet. Det ligger en fare i en konsensus ved at den i sin natur er autoritær og lett kan sementere et bestemt syn. Kritiske motforestillinger kan lammes, i hvert fall for en tid.

Medisinsk praksis bør ha basis i vitenskap, som har sine etablerte normer (tab 1). Disse normene sier at vitenskapens data fundamentalt sett er samfunnets felleseie (14). Hemmelighold og patentering bør unngås. Forskning må ikke begrenses av klasse, religion eller rase. Forskeren må så vidt mulig

unngå konfunderende faktorer (bias). Det bør herske akademisk frihet i valg av emne og metoder. Offentlig kritikk og etterprøving er nødvendig.

Dessverre er det avdekket betydelige misligheter blant forskere, med forskjellige grader av fusk og svindel. Dette er den mest alvorlige siden av saken. Men man ser også en slem tendens til å fremheve egne resultater, med tilsvarende desavuering av andres. I en stadig hardere konkurranse om forskningsmidler er også fristelsen der til å gå ut i mediene med premature og utilstrekkelig dokumenterte resultater. Den farmasøytiske industrien har fått økt innflytelse i medisinsk forskning. Dette henger delvis sammen med at universitetsbevilgningene er blitt for knappe. Skiftet er klart påpekt i Storbritannia, med en svekket posisjon for akademiske institusjoner og en styrket posisjon for industrien (15). Industrien gjør mer enn bare å finansiere, den besørger selv forskning. Industrien har sine egne spilleregler, med patentering og hemmelighold. Forskningsprosessen endrer seg når staten og det offentlige forlater rollen som den tradisjonelle garantist og kommersielle selskaper fyller tomrommet med tendens til å betrakte som sin private intellektuelle eiendom det som tidligere var allmennhetens felleseie og kunnskapsbase.

Det kan fortone seg naivt å etterlyse sannheter i en medisinsk samtid med sprikende påstander, oppfatninger og synsmåter, og i en medie verden preget av myter, forventninger, halve sannheter og hele løgner vedrørende helse og sykdom. Mange aktører er på banen: journalister, forskere, leger, helsearbeidere av forskjellige kategorier, alternative behandlere og selvetablerte folkeopplysere. Blant folk flest kan den oppfatning lett bre seg at alle har noe rett og at alle tar feil fra tid til annen. Men spørsmålet om hvor informasjonen og påstandene kommer fra, og hvem man kan stole på, er relevant for både leg og lærd. Det er bra med sunn skepsis, men det er beklagelig hvis denne skepsisen leder til en form for kunnskapsrelativisme eller nihilisme. Vitenskapen vil hevde at det er viktige grader av holdbarhet i påstander om konkrete medisinske forhold, slik det er viktige grader av sannsynlighet i fremsatte teorier.

Medisinske sannheter i postmoderne sammenheng

Å definere begrepet postmodernisme er nærmest en selvmotsigelse, fordi det står for paradokser, skiftende perspektiver og relativisering (16), og ikke alle er overbevist om begrepets berettigelse (17). I en postmoderne virkelighetsforståelse er medisinske sannheter et spørsmål om makt. Michel Foucault (1926–84) hevder at den moderne medisinske kunnskap bare er et produkt av den makt som den medisinske profesjon har

til å bestemme hva som er sant og ikke sant om sykdom (18). Den makt Foucault forestiller seg, er disiplinerende og overvåkende. Makten formidles av språket. De som er i maktposisjon til å tale og formulere seg, former og bestemmer publikums oppfatninger. Medisinske «sannheter» blir i seg selv en form for makt. I forlengelsen av dette syn blir den moderne medisin en «konstruksjon» som verken er den første eller den siste og ikke nødvendigvis noe enestående.

I en kritikk hevder Michael Bury (f. 1945) at dette syn tillegger språket en urimelig stor betydning, på bekostning av sosiale og økonomiske realiteter. Et ekstremt pluralistisk syn på helse og sykdom ser også, ifølge Bury, bort fra at den moderne medisin har en evne til å forebygge, behandle og helbrede alvorlige sykdommer som setter den i en helt unik posisjon i forhold til andre oppfatninger av sykdom i fortid, nåtid og overskuelig fremtid (19). Sagt mer eksplisitt: Stilt overfor fysiske realiteter ved alvorlig sykdom og død, fortøner «Foucaultianske» tekster seg undertiden som rent tankeespinn. En annen sak er at man i helsevesenet må ha åpenhet for nye tanker om pasientautonomi, medbestemmelse, selvbestemmelse (skipper på egen skute), egenomsorg, introduksjon av brukerbegrepet og fokus på livsstil og forebygging. Så får teoretikere diskutere om dette skal betegnes som postmodernisme eller ikke.

Sannhetsverdien av alternative behandlingsformer

I Storbritannia er det anslått at alternativ medisin har flere konsultasjoner enn praktiserende leger (20). Dette tyder på en betydelig tillit til alternativ medisin i befolkningen. Man må også anta at mange på denne måten opplever at de får hjelp. Dette tillitsforholdet står i en bemerkelsesverdig kontrast til det generelt svake teoretiske grunnlaget og den dårlige dokumentasjonen som preger alternativ medisin. Dette kan man lese seg til i rapporten om alternativ medisin i serien Norges offentlige utredninger (21).

Utvalget bak rapporten vurderte følgende behandlingsformer: akupunktur, aromaterapi, ayurvedisk medisin, healing, homøopati, kinesiologi, osteopati og transcendentale meditasjon. Behandlingsmetodene ble rangert som dokumentert effektiv, mulig effektiv, kanskje effektiv, utilstrekkelig data-grunnlag, ikke effektiv og farlig. Av de nevnte terapiformene var det bare akupunktur som fikk betegnelsen dokumentert effektiv, på spesielle indikasjoner. Homøopati, med sin lange historie og store utbredelse, ble bare betegnet som mulig effektiv. Ingen av de øvrige terapiformene kom opp på dette dokumentasjonsnivået. Det er verdt å merke seg at utredningsutvalget i utgangspunktet ikke var spesielt kritisk innstilt til alternativ medisin. Når store befolkningsgrupper

benytter seg av behandlingstilbud uten dokumentert effekt, kan man som Stortinget si at her trengs det forskning. Men kanskje er det her først og fremst behov for alminnelig folkeopplysning.

Homøopatens sterke stilling, også blant leger, er bemerkelsesverdig. Homøopati kan nok sies å stå for en viss pragmatisk sannhet. Mange mennesker opplever å bli bra etter behandling hos homøopat, og siden homøopati sånn sett er nyttig, vil den for disse mennesker også være sann. Men dokumentert effekt mangler i stor grad, og noen konsensus om slik behandling foreligger ikke, utenom i homøopatens egne rekker. Homøopatien har lenge stått på stedet hvil, både praktisk og teoretisk. Etter snart 200 år er metoden fortsatt bare «mulig effektiv».

Man kan spørre om effekten av alternative behandlingsformer lar seg dokumentere på samme måte som i biomedisinen, eller om en annen type dokumentasjon er nødvendig. Men å kreve en alternativ form for dokumentasjon kan lett innebære en slags immunisering. Man inntar en posisjon som er uangripelig og motstår enhver kritikk ved å vise til sitt spesielle paradigme.

Storparten av det som vanligvis godtas som viten, er ifølge Russell (2) mer eller mindre vel begrunnede meninger. Men et kriterium på sannhetsverdien av begrunnede meninger er koherens, eller indre sammenheng. Vitenskapelige hypoteser, sier Russell, får sin sannsynlighet ved at de passer inn i et koherent system av begrunnede meninger. Her har alternative behandlingsformer et problem, preget som de er av spekulasjon og lettvinhet. Det er besværlig å etablere sann kunnskap, enten det gjelder medisin eller andre forhold. Til grunn ligger som regel både lang tid og møysommelig arbeid. Å føre sannhetsbevis for virkning eller ikke virkning av en bestemt behandling kan være meget krevende. Tilsvarende er det enkelt å fremsette udokumenterte og til tider udokumenterbare påstander. Vederheftigheten stiller med handicap i forhold til den «enkle» løsningen, særlig overfor et publikum som sjelden spør etter annen dokumentasjon enn det kasuistiske. Ofte synes sannheten å tape i forhold til usannheten. Dette er treffende uttrykt i et arabisk ordtak: «En Løgn kan gå fra Istanbul til Bagdad før Sannheten har fått på seg sandalene.»

Grenseoverskridelse – paradigmeskifte

Historien forteller oss at forskere som var forut for sin tid ofte ble underkjent og ikke sjelden motarbeidet. Et velkjent eksempel fra medisinen er Ignaz Philipp Semmelweis (1818–65), som ikke møtte noen forståelse for sin teori om asepsisens betydning ved kirurgiske inngrep.

En revolusjon i vitenskapelig erkjennelse betegnes ofte som et paradigmeskifte. Begrepet paradigme, introdusert av Thomas S. Kuhn (f. 1922), står for den totale konstellasjon av meninger, verdier og teknikker som deles av et forskningsfelleskap (22). Et eksempel på paradigmeskifte er den kopernikanske revolusjon av astronomien. Av fenomener i medisinen som har preg av paradigmer, har vi bakteriologien og senere moderne immunologi og molekylær genetik. Synet på pasienten som bruker («Fralydighet til selvstendighet») fremstår også i noen grad som et nytt paradigme. Ethvert paradigme vil bære i seg treghet og motstand mot forandring. Kuhn hevder at yngre forskere har kraft i seg til å se noe nytt, mens eldre godtar paradigmet og arbeider innenfor det.

Det er ingen grunn til å tro at vi som lever i dag har større klarsyn enn tidligere i forhold til det som er nytt og ukjent. Selv om forskermiljøene fremhever betydningen av originalitet, settes det vanligvis klare grenser for hva som kan aksepteres. Det er et ubehagelig tankekor at vi i dag kanskje er vitne til oppdagelser som først fremtidige generasjoner vil forstå betydningen av. Overføres dette resonnementet på medisinen, kan man spørre om alternativer som i dag blir latterliggjort, i fremtiden kan bli epokegjørende. Det ville være dumt å avvise slike muligheter. Men det beste vi kan gjøre er etter evne å skille klinten fra hveten og nonsens fra det vederheftige, samtidig som vi uoppholdelig er på vakt mot dogmatisme. Som Skirbekk påpeker: Rasjonalitet er kritisk refleksjon, og moderniteten krever begrunnelse ved prøving og drøfting (8).

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

- Russell B. Filosofiens problemer. Oslo: Gyldendal, 1964.
- Næss A. «Truth» as conceived by those who are not professional philosophers. Skrifter. Oslo: Det norske videnskapsakademi, 1938.
- Stigen A. Tusenårs tenking. Bd 2. Oslo: Gyldendal, 1986.
- Skirbekk G. Kulturell modernitet og vitenskapelig rasjonalitet. Bergen: Ariadne, 1992.
- Merton RK. Social theory and social structure. New York: The Free Press, 1968.
- Wilkie T. Sources in science: Who can we trust? Lancet 1996; 347: 1308–11.
- Kvale S. Themes of postmodernity. I: W. T. Anderson, red. The Fontana postmodernism reader. London: Fontana Press, 1995.
- Foucault M. The birth of the clinic: an archaeology of medical perception. London: Tavistock, 1976.
- Norges offentlige utredninger. Alternativ medisin. NOU 1998: 21. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1998.
- Tjønneland E. Thomas Kuhn. I: Eriksen TB, red. Vestens tenkere. Bd. 3. Oslo: Aschehoug, 1993: 288–98.