

**DEN ØKENDE FOLKELIGE OG POLITISKE STØTTE TIL  
ALTERNATIV BEHANDLING**

EN ANALYSE AV VITENSKAPELIG OG POLITISK STRID I SENTRALE  
HISTORISKE HENDELSER I TILKNYTNING TIL DET ALTERNATIVE  
BEHANDLINGSFELTET

Ivar Andreas Åsland Lima  
til graden  
Cand. polit.



Sosiologisk institutt  
Universitetet i Bergen  
Våren 2004

## FORORD

Jeg vil starte med å takke mine informanter som villig stilte opp til intervju.

På sosiologisk institutt vil jeg takke min veileder Ole Johnny Olsen, som har gitt meg god oppfølging, og særlig den senere tid har gitt grundig og lærerik veiledning. Når jeg har motløs når det gjelder å fullføre hovedoppgaven, har Ole Johnny klart å oppmuntre meg til innsats gjennom sin smittende entusiasme. Jeg vil også takke Per Solvang for at han tok seg tid til å lese et tidlig utkast av oppgaven. Hans velbegrunnede kritikk av metode og teori i et tidlig utkast av oppgaven var en vekker for meg.

Jeg vil takke min kollokviegruppe bestående av Stig Solberg og Birthe Gjerdevik. De har begge gitt meg gode og kritiske tilbakemeldinger. Spesielt Stig har gjennom sine kritiske og grundige tilbakemeldinger fra begynnelse til slutt i hovedoppgaveprosessen, fått meg ut av min dogmatiske tilstand og hjulpet meg til å tenke sosiologisk om alternativ behandling.

Jeg vil takke mine foreldre, Ingeborg Åsland Lima og Finn Helge Lima, for at de kunne gi meg rolige og stabile arbeidsforhold under en kritisk fase i arbeidet med hovedoppgaven.

Jeg vil også rette en takke mine viktigste sosiale støttespillere, Årstein Svihus og Gunn-Kari Engen. Årstein vil jeg takke for utallige kaffepauser og lunsjer vi har hatt sammen mens jeg har arbeidet med hovedoppgaven. Min kjæreste Gunn-Kari vil jeg takke for hennes støtte under arbeidet med hovedoppgaven, og for at hun hjalp meg med korrekturen på hovedoppgaven i innspurten mot levering.

Dette er en revidert utgave av hovedoppgaven som ble levert vårsemesteret 2004 og som jeg fikk karakteren B på. Jeg har forbedret layouten, rettet opp på noen manglende referanser, noen språklige feil, noen faktafeil og ellers gjort noen få små endringer i teksten. Jeg har ikke rettet på noen av de mer alvorlige svakhetene ved hovedoppgaven som jeg ble kritisert for under muntlig.



## **1. Innledning 1**

- 1.1. Problemstilling s. 2
- 1.2. Metodisk tilnærming og forskningsopplegg s. 4
- 1.3. Ett forskningsobjekt – tre historiske hendelser s. 8
- 1.4. Kilder s. 12
- 1.5. Oppgavens struktur s. 14

## **2. Begrepsavklaring, teori og bakgrunn s. 17**

- 2.1. Definisjon av alternativ behandling s. 17
- 2.2. Alternativ behandling i tilknytning til New age s. 18
- 2.3. Alternativ behandling som en sosial bevegelse s. 20
- 2.4. Legeprofesjonen i relasjon til alternativ behandling s. 23
- 2.5. Statistikk om bruk av alternativ behandling s. 28
- 2.6. Hvorfor bruker folk alternativ behandling s. 29
- 2.7. Omsorgssamfunnet, vitenskapeliggjøring av helsevesenet og nye sykdommer s. 35

## **3. utfordringer mot legeprofesjonens behandling av ryggplager s. 39**

- 3.1. Profesjonell makt og kunnskapsparadigmer s. 39
- 3.2. Autorisasjon og profesjonalisering s. 41
- 3.3. utfordring av legers ekspertautoritet s. 46
- 3.4. Kiropraktikkens funksjon: trygghet og aktivitet s. 57
- 3.5. Paradigmeskifte i ryggforskningen s. 59
- 3.6. Oppsummering s. 69

## **4. Alternativ behandling i forskningsrådet s. 73**

- 4.1. Innledning s. 73
- 4.2. Det alternative behandlingsfeltet vokser frem som sosial en bevegelse s. 74
- 4.3. Forskningspolitikk og formuleringen av en samlet ideologi s. 75
- 4.4. Alternativbevegelsens nøkkelrepresentanter? S. 79
- 4.5. Halv seier for nfam – forskningsprogrammet iverksettes, men forskningsmidlene blir styrt av nfr s. 90
- 4.6. Resultatene: politisk suksess, samarbeid med allmennt medisinske miljø, mobilisering av alternative behandlere s. 93

- 4.7. Kiropraktikk mot spedbarnskolikk, et vitenskapelig og etisk dilemma s. 98
- 4.8. Oppsummering s. 107

## **5. Offentlig debatt om forskning innen alternativ behandling s. 111**

- 5.1. Innledning s. 111
- 5.2. Waalers blandede rolle som forsker og representant for farmasøytisk industri s. 115
- 5.3. Kamp om Aabels lojalitet s. 118
- 5.4. Forskning og samarbeid s. 119
- 5.5. Strid om forskning på alternativ medisin er forenlig med forskningens normer s. 120
- 5.6. Pseudovitenskap og strid om vitenskapelig autoritet s. 122
- 5.7. Placeboeffekten, narremedisin versus ressurs s. 124
- 5.8. Vitenskap versus pseudovitenskap, eller farmasøytisk industri versus uavhengig og naturlig behandling? S. 128
- 5.9. Oppsummering og drøfting s. 131

## **6. Veien mot økende offentlig legitimitet til alternativ behandling s. 137**

- 6.1. Kiropraktorene: en unik mellomstilling s. 137
- 6.2. Opphevelse av kvakksalverloven og s. 139

## **7. Konklusjon s. 149**

Litteraturliste: s. 157

Offentlige dokumenter, rapporter, kronikker, artikler s. 161

Vedlegg A s. 163

Vedlegg B s. 163

Vedlegg C s. 164

# 1. Innledning

I en kronikk i Bergens Tidende i 2003 forteller en oppgitt Einar Førde om alle de tips og råd om alternativ behandling som han har mottatt etter å ha stått frem i offentligheten og fortalt om sin kreftsykdom<sup>1</sup>. Både venner, bekjente og ukjente har tipset han om ulike naturmedisiner og mirakelkurer. Nesten daglig har han hatt kontakt med folk som lover at de skal kurere kreftsykdommen hans. Han forteller om «nitter-kuren», «misteltein», «naturmedisinar», «fargerike vitaminblandingar og grapefruktkjerne-ekstrakter» (Førde, 2003). Han har oppdaget at det var langt mer av dette enn han hadde trodd og fastslår at «min gamaldagse rasjonalitet har visst ikkje gode vilkår om dagen» (ibid).

Dette eksempelet er egnet til å illustrere både det at å anbefale naturmidler er blitt mer populært, og at begrepet alternativ behandling er vidt og favner om en rekke ulike teknikker eller naturmidler. Statistikk støtter opp om erfaringen av at alternativ behandling er blitt mer populært den senere tid. I løpet av de siste tretti år har bruken av alternativ behandling økt og alternative behandlingsformer er blitt gitt større oppmerksomhet i massemedier. Aarbakke-undersøkelsen (AU) fra 1997 viser at 33 % av befolkningen har prøvd alternativ behandling noensinne, en økning fra 1994 da tallet var 27 % (NOU 1998:21, s. 98). I 1996 ble det estimert at befolkningen brukte mellom 200-300 millioner på konsultasjoner hos alternative behandlere (ibid, s. 105). De største alternative behandlingsformene er akupunktur, aromaterapi og homøopati. I 1997 ble det ifølge en beregning omsatt for ca. 700 millioner kroner i naturmedisinske produkt (ibid, s. 105), i 2001 regnet helsekostbransjen med en omsetning på mellom 1,3 og 1,5 milliarder<sup>2</sup>. Den største omsetningen er av kosttilskudd. Sammenlignet med ressursbruken i det offentlige helsevesen er dette likevel relativt lite. I løpet av de senere år har det vært en sterk økning i antall

---

<sup>1</sup> I kronikken der han for første gang stod frem med sin livstruende kreftsykdom, var budskapet at døden i dag er et tabuemne fordi den er et hån mot rasjonaliteten i det moderne samfunn. I kronikken jeg refererer til ovenfor er perspektivet annerledes. Her forteller han om at det finnes mennesker som elsker å snakke om sykdommer og som «fråtser i bakterier, virus og kroppslig elende». Kanskje en kan ane en sammenheng mellom disse to poeng, folk fråtser i selve sykdommens elendighet gjennom vitenskapelige termer for å unnsnippe å snakke om selve døden.

<sup>2</sup> «Nordmenn tror på kosttilskudd», Dagsavisen (17.02.2002)

sysselsatte og andel BNP innenfor helsevesenet. I 1998 ble helseutgiftene beregnet til 73,5 milliarder, 9,0 % av BNP. Det er nesten 40 milliarder mer enn i 1990. I 1998 var det sysselsatt 15 500 leger, 64 000 sykepleiere og 81 000 hjelpepleiere innenfor helsesektoren.

En av grunnene for min interesse i dette feltet er det tilsynelatende paradoksale med at bruken av alternativ behandling øker når det stadig bevilges større ressurser til helsevesenet, og dessuten skjer stadig nye fremskritt innen legevitenenskapen.

## 1.1. PROBLEMSTILLING

Et av de fremste kjennetegnene til legeprofesjonen er dens monopol på behandling av syke mennesker. I den senere tid er dette monopolet blitt utfordret av en rekke grupper utenfor det etablerte helsevesenet. Hva representerer disse gruppene ideologiske sett? Hvilke strategier bruker de for å nå målet om autorisasjon og hvordan legitimerer de sin virksomhet? Jeg ser på to forskjellige strategier. Den ene går ut på å sikre offentlig autorisasjon, den andre handler om å sikre legitimitet både i det offentlige rommet og i vitenskapen. Hvordan reagerer legestanden på disse forsøkene, og hva sier disse reaksjonene om legestandens selvbylde og dens profesjonsetikk? Disse spørsmålene danner utgangspunktet for oppgavens problemstilling.

Men fremveksten av alternativ behandling kan ikke forstås bare ved å studere relasjonen mellom de stridende aktører. Ifølge Eliot Freidson (1988) er det ikke mulig å forstå legestandens suksess som profesjon uten å ta med dens reelle ekspertkompetanse når det gjelder å behandle syke mennesker. Denne ekspertkompetansen er et resultat av legestandens nære kopling til en naturvitenskap som stadig er i utvikling. Folk benytter seg av leger fordi de ser at legen lykkes i å helbrede mange. Samtidig har flere studier påvist (bl.a Illich 1976) at moderne medisin tenderer mot å overbehandle pasientene, og dermed at møtet med legebehandling kan skape nye sykdommer og plager.

Spørsmålet er derfor også om fremveksten og suksessen til grupper utenfor det etablerte helsevesenet, skyldes at pasientenes tillit til legeprofesjonens behandlingstilbud er svekket. En grunn til svekket tillit kan være opplevelsen av svikt

i legeprofesjonens tilbud. Legevitenskapen har selv delvis påvist at dens tidligere, eller nåværende praksis, har sviktet overfor enkelte pasientgrupper. Dessuten kan de alternative behandlerne ha lyktes i å samle inn data som avslører svikt i legenes behandling av en sykdom, noe vi skal se gjelder for kiropraktorer. På dette området kan grupper utenfor det etablerte helsevesenet spille en viktig rolle når det gjelder å stille spørsmålstegn ved virksomheten til en profesjon hvis kunnskap om sykdom og behandling: «[...] is considered to be authoritative and definitive.» (Freidson, 1988, s. 12). I den sammenheng vil jeg bruke Freidsons (1988) profesjonssosiologi som rammeverk for å analysere legeprofesjonens forsvar av dens praksis og de alternative behandlernes strategi for å undergrave legeprofesjonens politiske autoritet. Fremveksten av alternativ behandling kan dessuten strukturelt sett betraktes som et resultat av organisatoriske svikt ved legeprofesjonen. Jeg vil bruke vitenskapssosiologi til å drøfte eventuelle organisatoriske årsaker til at legevitenskapen ender opp med misnøye og lav tillit blant pasienter på grunn av denne svikten. Jeg vil i den sammenheng gå nærmere inn på interne forhold og utviklingstrekk i legevitenskapen for å studere hvordan den interne kritikk av svikt ved legeprofesjonen og se på reaksjonen fra de forskerne som blir kritisert.

Kampen mellom legeprofesjonen og de alternative behandlerne er ikke bare en politisk maktkamp. Det er også en vitenskapelig strid. Et viktig vitenskapssosiologisk poeng i forhold til denne kampen angår stridighetene mellom legeprofesjonen og de alternative behandlerne om placeboeffekten. Placeboeffekten er betegnelsen på den gunstige effekten av selve behandlingssituasjonen når en ser bort fra effekten av den spesifikke behandling som gis. Mye tyder på at placeboeffekten virker mot mange av de nye sykdommene som dominerer i dagens samfunn, herunder muskel- og skjelettlidelser, og en rekke forskjellige psykosomatiske plager (Goldstein, 2002). Det er derfor grunn til å tro at den vil få stadig større betydning i årene fremover. Placeboeffekten utgjør et etisk og vitenskapelig dilemma både for legestanden og for de alternative behandlerne. Jeg skal kort beskrive grunnlaget for dette dilemmaet i delkapittel 2.4.1. Spørsmålet om placeboeffekten vedrører vitenskapelig og ikke-vitenskapelig legitimering av alternativ behandling.

Som innfallsvinkel til å studere det alternative behandlingsfeltet som en ideologisk og kulturell strømning, med en rekke organisatoriske uttrykk, vil jeg knytte an til teorien



om sosiale bevegelser. En sosial bevegelse er et løst organisert, men varig kollektivt forsøk på å fremme en felles sosial interesse eller et felles sosialt mål gjennom kollektiv handling. Noen sosiale bevegelser har en tydelig karakter. Det gjelder for eksempel arbeiderbevegelsen, som både representerte en bestemt kultur, den sprang ut fra samfunnsmessig klasse, og medlemmene av arbeiderklassen hadde en klar arbeiderklasseidentitet. Det alternative behandlingsfeltet har derimot en mer diffus karakter. I denne oppgave er fokus på lederne av organisasjonene på det alternative behandlingsfeltet, siden det er de som søker legitimitet. Spørsmålet er om disse også er å betrakte som representanter for en sosial bevegelse, som igjen er knyttet til en kulturell strømning. Det alternative behandlingsfeltet har flere likhetstrekk med Porta og Dianis (1999) karakteristikk av hva som kjennetegner sosiale bevegelser. Ifølge Porta og Diani har sosiale bevegelser fire hovedkjennetegn: Det er uformelle sosiale nettverk, medlemmene av dette sosiale nettverket har felles tro og solidaritet, de bruker kollektiv handling med fokus på konflikter, og de bruker protest til å markere opposisjon mot det bestående. Eksistensen av et uformelt sosialt nettverk er både en forutsetning for eksistensen av en kollektiv identitet, og utgjør dessuten grunnlaget for distribusjon av ressurser som er nødvendige for handling. Ressurser kan være kunnskap, etikk, menneskelige ressurser eller materielle ressurser. I lys av sosiologisk teori om sosiale bevegelser oppstår slike bevegelser når: «people have no chance of making themselves heard or when they lack outlets of their aspirations» (Giddens, 1997, s. 515). I kapittel 4, 5 og 6 skal vi se at det er rimelig å tolke det alternative behandlingsfeltet som en sosial bevegelse som både utfordrer den dominerende posisjonen til legeprofesjonen og legevitenskapen, og samtidig søker anerkjennelse fra legeprofesjonen og legevitenskapen.

## 1.2. METODISK TILNÆRMING OG FORSKNINGSOPPLEGG

For å analysere disse spørsmålene har jeg valgt følgende opplegg. Jeg vil analysere konkrete historiske hendelser som vitner om den alternative behandlingens innpass i det etablerte helsevesenet. Sakene jeg analyserer er autorisasjon av kiropraktikk, forskningsprogrammet «Program for forskning innen alternativ medisin» og en lengre offentlig debatt om forskning på alternativ medisin som foregikk i Aftenpostens debattspalter i 1997. Denne brede tilnærmingen er et bevisst valg som går på bekostning av en dypere og smalere tilnærming. Jeg vil begrunne mitt valg med å vise til trekk ved forskningsobjektet alternativ behandling. For det første er det alternative

behandlingsfeltet preget av et stort ideologisk og organisatorisk mangfold. For det andre er den alternative behandlingens rolle i samfunnet er ennå ikke fastlagt, noe som blant annet kommer til uttrykk i alle de forskjellige forslagene til begrepsbruk i den siste Odelstingsproposisjonen om alternativ behandling (Ot.prp. nr. 27 (2002-2003)). Der foreslår man blant annet alternativ medisin, alternativ behandling, komplementær medisin- og behandling, og naturmedisin. Gjennom å studere sentrale hendelser når det gjelder alternativ behandling i bredden oppnås en innsikt som gjenspeiler feltets mangfold. Dessuten, som det vil fremgå i gjennomgangen av tidligere studier om alternativ behandling, er det allerede gjort en rekke synkrone studier av den alternative behandlingens funksjon i relasjon til legeprofesjonen. Jeg ønsker å studere striden mellom alternativ behandling og legeprofesjonen med bruk av et mer historisk-sosiologisk perspektiv.

Felles for alle hendelsene er at sentrale aktører både fra legeprofesjonen og fra det alternative behandlingsfeltet er involvert. De er konkrete, avgrensede historiske prosesser som en i ettertid kan påvise har kulturell betydning når det gjelder den alternative behandlingens status i samfunnet. Analysen tar utgangspunkt i at hendelsene har vært betydningsfulle, men på hvilken måte, og i hvilken grad de har hatt kulturell betydning, vil fremgå gjennom analysen av dem.

Ifølge Abrams (1982) kan slike historiske hendelser forstås som en prosess der forbindelsen mellom aktør og struktur kommer til uttrykk. De bringer aktører og strukturer sammen, og gjennom å studere prosessene og innholdet i hendelsene søker jeg å beskrive dynamikken i relasjonen mellom aktørene og institusjonene.

«Time after time the analysis of the events reveals the meaning and interweaving of the general and the particular, of interests, states, cultures, rules and structured opportunity with individual understandings, capacities, motivations and more or less considered and deliberate action» (ibid, s. 199)

Aktører i det alternative behandlingsfeltet er en del av en kulturimpuls knyttet til New age, eller til moderne idealisme, med bestemte interesser knyttet til en yrkesorganisasjon eller til et alternativt behandlingsfelt, som mobiliserer for å oppnå spesifikke mål. De handler innenfor en spesifikk strukturell kontekst som både gir visse muligheter for handling, men som også legger begrensninger på

handlingsrommet. I deres forsøk på å oppnå statlig autorisasjon og offentlig legitimitet kommer de i strid med legeprofesjonen. I hver enkelt sak søker jeg å belyse de alternative behandlernes og legeprofesjonens handlinger eller retoriske strategier, ut fra den kontekst handlingene eller uttalelsene kommer i.

Dessuten vil jeg forstå handlinger og uttalelser ut fra den faglige bakgrunn eller organisatoriske tilknytning til den bestemte aktør. Til det formålet utvikler jeg analytiske kategorier for å karakterisere aktørens posisjon gjennom en veksling mellom teori og empiri. I kapittel fire innfører jeg for eksempel en typologi for å karakterisere aktørene som gikk inn for et forskningsprogram i alternativ medisin. Typologien er basert på en kombinasjon av den utdanningsmessige bakgrunnen til aktørene, deres organisatoriske tilknytning, deres uttalelser i massemedier om forskning på alternativ behandling og deres publikasjoner i Bibsys. I kapittel fem bruker jeg en kombinasjon av kunnskap om aktørens faglige og organisatoriske bakgrunn og deres argumentasjonsformer, til å analysere deres uttalelser om sentrale spørsmål og dilemmaer når det gjelder forskning på alternativ behandling. Gjennom å studere aktørens handlinger og utsagn i tilknytning til bestemte kollektive hendelser i strid med legeprofesjonen, kan jeg avdekke hva aktørene faktisk kjemper for politisk sett, ikke bare hva de sier at de ønsker å kjempe for.

Hensikten med å analysere disse tre hendelsene innenfor rammene av en hovedoppgave, er å se på flere betydningsfulle hendelser knyttet til kamp om vitenskapelig aksept eller økende legitimitet til alternativ behandling i vårt samfunn under ett, med den hensikt å gi en helhetlig sosiologisk analyse av det alternative behandlingsfeltet. Analysen av de tre hendelsene gir dessuten et helhetlig overblikk som kan brukes til avdekke både historiske og sosiologiske poeng når det gjelder fremveksten av alternativ behandling i det norske samfunn<sup>3</sup>.

Metodemangfold blir ofte fremhevet som den beste fremgangsmåte i møte med et komplekst tema. (se for eksempel Kern og Schumann (1983)). Metodemangfold er også typisk i en studie som vektlegger et historisk-sosiologisk perspektiv. Oppgaven preget av å være et sosiologisk detektivarbeid, hvor jeg har brukt et mangfold av kilder for å aktivt søke svar på sentrale spørsmål<sup>4</sup>. Fordelen er at en gjennom metodemangfold kan oppnå et mer helhetlig bilde av den empiriske virkelighet. En annen fordel med denne fremgangsmåten er ifølge Kern og Schumann (1983) at en kan gjøre en kryssseksaminasjon av dataene. Ethvert sosiologisk arbeid vil uansett måtte avveie mellom helhet og detalj. I denne oppgaven har jeg vektlagt helhet og derfor valgt å satse på metodemangfold. Faren med en slik fremgangsmåte er blant annet at en lett sitter igjen med mye overflødig datamateriale, og dessuten at en lett ”drukner” i stofftilfang og detaljer.

Metodisk sett har denne oppgaven også flere likhetstrekk med Ove Skarpenes (1997) hovedoppgave. Også han har valgt å bruke et mangfold av kilder, inkludert intervju, offentlige dokument og artikler fra aviser og tidsskrift i sin analyse av en bestemt historisk hendelse.

Gyldigheten til oppgavens konklusjoner avhenger av både av at oppgavens data er relevante, om de er pålitelige, om det er tilstrekkelige data til å underbygge konklusjonen og om begreper og teorier som anvendes er adekvate. I kapittel tre er det i stor grad Freidsons profesjonssosiologi som ligger til grunn for analysen. Som leseren vil oppdage fremstår dette som en velegnet innfallsvinkel til analyse av konflikten mellom kiropraktorer og legeprofesjon, blant annet fordi kiropraktorenes strategi kunne vært som tatt ut av Freidsons analyse av de legitime grensene for legeprofesjonens ekspertautoritet. Påliteligheten til oppgavens data er knyttet opp til

---

<sup>3</sup> Fremveksten av alternativ behandling, i betydning økt tilbud, økt etterspørsel og sterkere organisering, er felles for alle vestlige land. Men det er variasjon når det gjelder hvilke behandlingsformer som har størst suksess i de ulike landene. Hvordan de organiserer seg, hva slags status de søker, og hvordan de blir møtt varierer også med den nasjonale kontekst. Stort sett har de Skandinaviske landene mange fellestrekk når det gjelder fremveksten av alternativ behandling, og den politiske reaksjon på denne.

<sup>4</sup> Kern og Schumann sammenligner eget datainnsamlingsarbeid med et detektivarbeid, og viser i den sammenheng til film-noir detektiven Philip Marlowe.

hvilken fremgangsmåte jeg har brukt for å skaffe dem, og hva slags type kilder det er. Underveis i oppgaven bruker jeg flere kilder for å underbygge et poeng eller et funn. Når utsagn fra flere kilder gir støtte til en konklusjon, er det grunn til å hevde at konklusjonen er godt underbygget. I noen tilfeller brukes det kun en enkelt primærkilde til å beskrive en prosess. Det gjelder for eksempel hendelsen om autorisasjon av kiropraktikk, som nesten utelukkende er basert på NOU 1985:10. Troverdigheten til dette kapittelet er for det første avhengig av at jeg har vært systematisk og grundig i min analyse av dokumentet. En måte å øke troverdigheten til mine analyser på, er gjennom hyppige og lengre sitat slik at leseren selv kan vurdere om min analyse virker rimelig. For det andre er troverdigheten til kapittelet avhengig av at dokumentet er en pålitelig kilde til de faktiske hendelser. Siden dokumentet er et resultat av en offentlig prosess der det satt representanter for ulike interessegrupper og for staten, er det grunn til å hevde at det er pålitelig. Dessuten har representantene for staten og for de to interessegruppene valgt å skrive egne særuttalelser som til dels gir ulike versjoner av de samme episoder. Dette åpner dermed opp for en slags kryss-sjekking av beskrivelsene.

### 1.3. ETT FORSKNINGSOBJEKT – TRE HISTORISKE HENDELSER

Den første saken jeg tar for meg i lys av problemstillingen er saken om Stortingets autorisasjon av kiropraktikk i 1989. Formelt sett betyr autorisasjon en beskyttelse av tittelen kiropraktor, og at kiropraktorene blir gitt tilsvarende rettigheter og plikter som andre grupper innenfor helsevesenet. Det er dessuten en markering av at samfunnet anerkjenner yrkesgruppens faglige kompetanse, og har tillit til dens etiske standard. Det er flere grunner til at jeg har valgt å skrive om denne saken. For det første har autorisasjonen av kiropraktikk ennå ikke blitt viet faglig oppmerksomhet av samfunnsvitere i Norge, på tross av det nå snart er femten år siden Stortingets vedtak om autorisasjon. For eksempel hevder Sjur Øverbø Andersen i sin hovedoppgave fra 2000 om legeprofesjonens legitimeringsstrategier, at blant annet kiropraktorer er en dominert gruppe som er utsatt for symbolsk vold fra legeprofesjonen (Andersen, 2000). Dette fastslår han uten å ha gjort noen empiriske undersøkelser av relasjonen mellom legeprofesjonen og kiropraktorer. For det andre er kiropraktikk foreløpig den første og eneste gruppen av alternative behandlere som har oppnådd statlig autorisasjon og som har valgt å utøve dets virke selvstendig uten å underlegge seg legestandens autoritet. For det tredje ble kiropraktorer autorisert på tross av motstand

både fra Lægeforeningen, Helsedirektoratet, og fra fysioterapiforeningen. I Norge har legestandens yrkesorganisasjon, Den norske Lægeforening, kunnet utnytte profesjonens ekspertise til å oppnå sentrale posisjoner innenfor direktorat, råd og utvalg (Andersen, 2000). Vanlig maktteori skulle tilsi at i og med den nære koplingen mellom legeprofesjon og stat i Norge, skulle kiropraktorenes kamp være fånyttet. For det fjerde er kiropraktorer nå på vei til å bli den første gruppe som oppnår å bli tildelt et profesjonsprivilegie som leger tidligere har hatt monopol på, nemlig retten til å sykemelde. Kiropraktorer er dermed en unik yrkesgruppe i det norske helsevesen.

Autorisasjon av kiropraktikk utgjør dermed av flere grunner en samfunnsmessig viktig hendelse på et faglig sett utforsket område, og vil hovedsakelig bli analysert som en konflikt mellom det som i dag fremstår som en velorganisert yrkesgruppe (kiropraktorene) og en veletablert profesjon. Et spørsmål i denne saken er om kiropraktorene vant frem på grunn av at de har høyere tillit som behandlere enn det legeprofesjonen har. Det leder videre til et spørsmål om en høyere tillit er et resultat av kiropraktorenes ferdigheter i å behandle ryggpasienter, og/eller på grunn av svikt i legeprofesjonens behandling av ryggpasienter. De to gruppenes ferdigheter utgjør en selvstendig variabel som sosiologer ikke kan unngå å ta hensyn til når de skal forsøke å forklare den politiske støtten til kiropraktikk. Dette jamfør med Freidsons påstand om: «I believe that the empirically demonstrable outcome of medical work is important to its development as a consulting profession» (Freidson 1988, s. 12). Jeg skal her bruke kilder fra legevitenenskapen til å kaste lys over kiropraktikkens funksjon, samt å analysere den legevitenenskapelige behandling av ryggplager med bruk av både en vitenskapssosiologisk og en profesjonssosiologisk innfallsvinkel. I de siste årene har modell som gjerne betegnes som «subjektive helseplager» for behandling av ryggplager ikke bare vunnet frem i legevitenenskapen, men også i offentlige organer. Gjennom en analyse av striden mellom forkjemperne for det modellen om «subjektive helseplager» og den gamle organiske modellen, skal jeg vise at det som skjer i stor grad ser ut til å være et oppgjør med de svakhetene i legeprofesjonens praksis for behandling av ryggplager som ble avdekket av kiropraktorene i utredningen. Denne hendelsen kan dermed brukes til å avdekke de strukturelle årsakene til kiropraktikkens suksess. Hvilke refleksjoner gjør forkjemperne for det nye paradigmet seg over det gamle paradigmet, og hva er reaksjonen fra forkjemperne for det gamle paradigmet? Hva sier denne paradigmestriden om forholdet mellom legeprofesjonen og

legevitenenskapen, og hva sier kunnskapen skapt av forskere som er tilhengere av modellen ”subjektive helseplager” om kiropraktikkens funksjon?

Den andre saken jeg vil studere er prosessen frem mot opprettelsen av «Program for forskning på alternativ medisin» i Norges Forskningsråd, og innholdet i dette programmet. Programmet ble opprettet i 1993 etter initiativ fra en pressgruppe bestående av fire alternative behandlingsorganisasjoner. Kronologisk sett kommer denne saken etter autorisasjon av kiropraktorer, og kan dessuten sees i sammenheng med denne. Både fordi kiropraktorer var blant initiativtakerne til dette programmet, og fordi det er grunn til å tro at autorisasjon av kiropraktorer politisk sett var med på å bane vei for politisk støtte til forskning på alternativ medisin generelt. Hovedinnfallsvinkelen til denne saken er å betrakte programmet som en strategi alternative behandlere bruker for å oppnå legitimitet i samfunnet. Dessuten handler det om de alternative behandlernes overbevisning om at deres behandlingsform har en spesifikk effekt mot sykdommer. Som vi skal se ble programmet støttet av flere allmennt medisinske institutt og av enkelte leger. Det er ennå ikke skrevet noe om fremveksten av dette forskningsprogrammet av samfunnsvitere.

Den tredje saken jeg skal studere er debatten om forskning på alternativ medisin som raste i Aftenpostens debattsider gjennom hele 1997. Debatten ble startet av forskere innen legevitenenskapen som stilte seg kritisk til den statlige støtten til forskning på alternativ behandling. Det ble en langvarig debatt med flere sentralt posisjonerte deltakere både fra legevitenenskapen, naturvitenskapen og fra organisasjoner på det alternative behandlingsfeltet. Dette forholdet er interessant i seg selv siden det er første gang at det alternative behandlingsfeltet ble tatt til de grader på alvor at det ble gjenstand for en offentlig debatt over lengre tid. Sjur Øverbø Andersen (2000) påpeker i sin hovedoppgave med henvisning til Trond Nordby, at legestanden har opparbeidet en særegen rett til å tale i det offentlige ordskiftet. I den sammenheng er det interessant at aktører fra det alternative behandlingsfeltet systematisk utfordret legestandens ekspertautoritet i den nevnte offentlige debatt. Debattinnleggene vil bli brukt som en kilde til å studere de alternative behandlernes legitimering av egen praksis i møte med kritikk fra samfunnets anerkjente helseeksperter, samt til å vurdere tendenser mot å innta funksjonen som en ny sosial bevegelse i den offentlige debatt. I den grad det alternative behandlingsfeltet er en sosial bevegelse, kan denne hendelsen

tolkes som en form for offentlig og kollektiv protest mot legevitenskapens autoritet. Dessuten er debatten en kilde til å studere reaksjonen på intern splid i legestanden i og med støtte til det ovennevnte «Program for forskning innen alternativ medisin» fra enkelte leger og fra allmennt medisinske miljø, samt til å se på hvordan kjernen av legeprofesjonen legitimerer legevitenskapen overfor samfunnet i møte med opposisjon. Poenget er at stort sett har legevitenskapens autoritet vært ubestridt. Det er derfor av interesse å analysere legevitenskapens reaksjon når de nærmest blir utfordret på hjemmebane av utsidere i form av alternative behandlere. En sentral innfallsvinkel er dessuten dilemmaet knyttet til placeboeffekten både innenfor legevitenskapen og innenfor det alternative behandlingsfeltet. I likhet med de to forrige hendelsene, er heller ikke denne saken blitt analysert av norske samfunnsvitere.

Felles for alle disse hendelsene er at de handler om reaksjonene fra det etablerte helsevesenet i møte med alternative behandlere som søker vitenskapelig aksept. Felles for dem er også strid om den faglige og etiske fortolkningen av placeboeffekten. I tillegg er disse sakene forbundet med hverandre kausalt. I kapittel tre skal jeg vise hvordan de Norske Kiropraktorer forening vant frem med kravet om statlig autorisasjon. Deretter gikk kiropraktorforeningen inn i NFAM, gruppen av alternative behandlingsorganisasjoner som tok initiativet til forskning på alternativ behandling. Det er også grunn til å tro at Kiropraktorforeningen var med på å gi forskningsprogrammet politisk legitimitet, i og med at de allerede hadde knyttet bånd til det politiske system gjennom deres systematiske og suksessfulle arbeid med å oppnå autorisasjon. Dermed er det grunn til å tro at saken om autorisasjon av kiropraktorer var med på å åpne opp for alternative behandlingsgrupper politisk sett, selv om jeg ikke har funnet noen avgjørende bevis for denne påstanden. Som påpekt, kan dessuten den offentlige debatten om forskning på alternativ behandling betraktes som flere legevitenskapelige spesialisters reaksjon på forskning som ble iverksatt av alternative behandlere og allmennpraktiserende leger, og aktivt støttet av politikere. Debatten som hendelse er dermed en slags avslutning av en kausalkjede, der de tyngste faglige autoritetene reagerer på det de betrakter som et inntog av irrasjonalitet og overtro i det politiske system, og med en utidig innblanding i den naturvitenskapelige institusjon. Men som vi skal se når vi går inn på hendelsen i detalj, er den mer kompleks enn som så.



En generell fare med denne oppgaven er å gjøre fortellingen om alternative behandleres innpass i det offentlige og i vitenskapen, enklere og mer rettlinjert enn det den faktisk har vært. Den konkrete og detaljerte analysen vil avdekke en kronglete prosess. Dette kommer for eksempel til uttrykk i analysen av «Forskningsprogram innen Alternativ medisin» som i stor grad kan betraktes som både vitenskapelig og politisk blindvei for det alternative behandlingsfeltet på den ene siden, men samtidig som en prosess som har ført til institusjonalisering av deres ambisjoner i form av NAFKAM, forskningssenteret for alternativ medisin ved Universitetet i Tromsø.

#### 1.4. KILDER

De viktigste kildene for datatilfanget er intervju, offentlige dokumenter og leserinnlegg, kronikker og artikler fra aviser og tidsskrifter. Alle intervjuene ble foretatt med bruk av en intervjuguide tilpasset hvert intervjuobjekt, samtidig som jeg prøvde å følge opp viktige innspill underveis. Mitt eget inntrykk er at jeg bare delvis lyktes i det og at jeg ofte ble for bundet av de spørsmålene jeg hadde laget på forhånd. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert i deres helhet og deretter strukturert tematisk. Valg av intervjuobjekt er til en viss grad foretatt strategisk ut fra hvilke intervjuobjekt som fremstår som viktige etter å ha gått gjennom sentrale dokument.

Som dokumenter har jeg brukt både primær- og sekundærkilder. Primærkilder er tekster skrevet av aktører med førstehåndskunnskap om emnet. Inn under begrepet primærkilder faller for eksempel offentlige dokument eller notat. Både innstillingen «Alternativ medisin», programnotatet «Program for forskning innen Alternativ medisin» er eksempler på offentlige dokument som primærkilder. En sentral sekundærkilde i kapittel 3, er Ole Bergs rapport «Kunnskap og politikk: En evaluering av Nasjonalt ryggnettverks virksomhet 1999-2003».

Første del av kapittel 3 er hovedsakelig basert på NOU 1985:10 «Autorisasjon av kiropraktikk». Andre del av kapittel tre er basert på flere kilder, hovedsakelig Ole Bergs rapport og ulike leserinnlegg i Dagens Medisin, som er en ukesavis for helsevesenet. I forbindelse med denne saken er det ikke gjort noen intervju. Beskrivelsen av aktørene i kapittel fire er basert på en rekke forskjellige skriftlige kilder og databaser. Avisartikler, websider, gjennomgang av publiserte bøker på

Bibsys, intervju med Per Fugelli og Jarle Aarbakke, samt artikler fra det Store Norske Leksikon. Beskrivelsen og analysen av forskningsprogrammet er basert på innstillingen «Alternativ medisin» og programnotatet «Forskningsprogram for alternativ medisin», begge publisert av Norges Forskningsråd. I tillegg flere artikler om forskningsprogrammet skrevet av Christian Borchgrevink, deriblant et upublisert manuskript til en konferanse i Danmark, og et brev til Forskningsrådets styre. Borchgrevink sendte dem til meg i posten etter en forespørsel fra meg over telefon. I utgangspunktet var planen å intervju Borchgrevink om hans rolle i forskningsprogrammet innen alternativ medisin, men dokumentene han sendte meg, samt hans offentlige uttalelser i Aftenposten, ga meg tilstrekkelig innblikk i hans arbeid med saken. Jeg har ikke søkt tilgang til interne notat i Forskningsrådet utover dette. Jeg har heller ikke søkt tilgang til offentlige dokument som kan belyse hvilke politiske støttespillere forskningsprogrammet hadde. Her har jeg delvis valgt å stole på Borchgrevinks beskrivelse om hvordan man oppnådde støtte til et forskningsprogram innen alternativ medisin, en beskrivelse som etter min vurdering er troverdig fordi den fremstår som nøktern og realistisk. Den politiske støtten til forskningsprogrammet er en faktor som blir tatt for gitt, uten at jeg har gått inn på hvilke partier eller enkeltpolitikere som støttet saken, og hvorfor de eventuelt gjorde det.

Analysen av den konkrete saken om forskning på kiropraktikk mot spedbarnskolikk er basert på et intervju med overlege Edda Olafsdottir, samt artikler i det legevitenskapelige tidsskriftet for forskning på barnesykdommer: *Archives of Diseases in Children*. Kapittel fem er basert på leserinnlegg og kronikker om forskning på alternativ behandling trykket i Aftenposten i løpet av året 1997. Kapittel 6 er basert på intervjuet med Jarle Aarbakke, offentlige dokument fra Helsedepartementet og Stortinget, og leserinnlegg og kronikker fra diverse databaser som jeg har hatt tilgang til via verdensveven.

Jeg gjorde flere intervju i forbindelse med arbeidet på hovedoppgaven, men de viste seg å bli irrelevante for selve analysen etter hvert som jeg endret fokus og innfallsvinkel. Jeg gjorde blant annet et intervju med røntgenlege Markus Hordvik, med sosiolog Vigdis Christie, med stortingsrepresentant Anne-Lise Høegh og med patolog Ole Didrik Lærum. Selv om disse intervjuene ikke blir brukt direkte i

oppgaven, har de vært nyttig for å gjøre meg bedre kjent med det alternative behandlingsfeltet, og legeprofesjonens holdninger til det alternative behandlingsfeltet. En mangel med oppgaven er at jeg ikke har intervjuet noen representanter for det alternative behandlingsfeltet, slik som Bernt Tore Rognlien eller Jens Lunden. Denne mangelen blir delvis oppveid av at de er offentlige personer som har uttalt seg til aviser og skrevet bøker, og det er derfor mulig å skrive om deres bakgrunn og motivasjon for å støtte programmet uten å intervju dem. På en måte er det en fordel å bruke offentlige tilgjengelige uttalelser, siden en da unngår fallgruver som sviktende hukommelse eller rasjonaliseringer i ettertid. Når det er sagt, vil jeg likevel hevde at oppgaven ville ha blitt styrket av et intervju med dem.

## 1.5. OPPGAVENS STRUKTUR

Oppgaven er ordnet som følger. Neste kapittelet består av en gjennomgang av tidligere studier og av relevant teori, samtidig som det inneholder en begrepsavklaring og av innføring av nøkkelbegrep for oppgaven. Det er i tillegg et deskriptivt tverrfaglig kapittel der jeg bruker ulike kilder innen sosiologi, psykologi og legevitenskap til å gi en vurdering og karakteristikk av alternativ behandling. Jeg skal bruke eksisterende forskning til å gå nærmere inn på hvorfor folk bruker alternativ behandling og ulikhet i bruk, samt å beskrive hva folk bruker alternativ behandling mot. De to første kapitlene legger det synkrone teoretiske og kunnskapsmessige rammeverket for de neste kapitlene.

Deretter består hvert nye kapittel av en analyse av de historisk hendelsene i samme rekkefølge som hendelsene ble introdusert ovenfor. Kapittelrekkefølgen er simpelthen basert på den kronologiske rekkefølgen av hendelsene. Kapittel tre består av en beskrivelse og analyse av saken om autorisasjon av kiropraktikk. Kapittel fire består av beskrivelse og analyse av den av prosessen som førte frem til oppnevning av «Program for forskning innen alternativ medisin» under Norges Forskningsråd. Det består av en innholdsanalyse av selve programmet og hvordan det legitimeres, samt en undersøkelse av bakgrunnen til støttespillerne for programmet. Kapittel fem består av en analyse av den offentlige debatt om alternativ medisin i tilknytning til dette programmet. I kapittel seks går jeg kort inn på den senere politiske utvikling med en kort beskrivelse av Aarbakke utvalget, NAFKAM, forskningsinstitusjonen som ble opprettet ved Universitetet i Tromsø etter forslag fra Aarbakke utvalget og Ot.prp om

alternativ behandling. I tillegg beskriver og analyserer jeg den senere utvikling av kiropraktorenes posisjon i helsevesenet. Oppgavens avsluttes med kapittel syv, som inneholder en drøfting av de ulike hendelsene sett under ett, og en drøfting av relasjonen mellom legevitenenskap og det alternative behandlingsfeltet på bakgrunn av disse.



## 2. Begrepsavklaring, teori og bakgrunn

I dette delkapittelet skal jeg beskrive tidligere studier av det alternative behandlingsfeltet i relasjon til legeprofesjonen, samt tidligere studier av sammenhengen mellom alternativ behandling og New age.

### 2.1. DEFINISJON AV ALTERNATIV BEHANDLING

Det som i dag betegnes alternativ behandling består av et uoversiktlig mangfold av behandlingsformer. I religionssociologisk og religionsvitenskapelig litteratur er det vanlig å skille mellom tre typer medisin:

*Folkemedisin:* har lokal forankring, pasient og behandler deler forestillingsverden.

*Det etablerte helsevesen:* har hovedsakelig vestlig opprinnelse. Dets status er i stor grad basert på kunnskap som er verifisert gjennom bruk av vitenskapelige metoder. Sentrale vitenskapelige metoder er bruk av statistiske protokoller og eksperiment. Evidensbasert medisin er fundert i naturvitenskapelig kunnskap. Lege og pasient har ofte felles referanseramme men legens kunnskap er ofte vanskelig tilgjengelig og dermed vanskelig å formidle. I den etablerte medisin er det en spenning mellom legegjerningen som kunst og som vitenskap.

*Alternativ behandling:* I tråd med Tor-Inge Romøren tar denne oppgaven utgangspunkt i alternativ behandling definert som: «Samlebetegnelse på behandlingsmetoder som i liten grad anerkjennes eller benyttes av legeprofesjonen. Metodene har lite til felles, annet enn at de definerer seg i motsetning til tradisjonell akademisk medisin»<sup>5</sup>. Denne definisjonen blir for vid fordi den også inkluderer kristen helbredelse. Forskjellen mellom kristen helbredelse og alternativ behandling er ikke behandlingsmetoden, men tilknytning til ulike religiøse tradisjoner. Kristen helbredelse blir for det meste praktisert i karismatiske kristne sekter utenfor statskirken mens alternativ behandling er kjennetegnet ved at utøverne er tilknyttet det kultiske miljø og at utøverne av alternativ behandling har utdannelse fra en eller flere alternative skoler. I denne oppgaven skal kristen helbredelse holdes utenfor. Dessuten er det problematisk å hevde at alternativ behandling er kjennetegnet av å være i

---

<sup>5</sup> Artikkelen alternativ medisin av Tor-Inge Romøren i Norsk Samfunnsleksikon, 1993. I denne oppgaven skal det betraktes som en regelgivende definisjon.

opposisjon til legeprofesjonen. Nydal (1996) påviste at flertallet av homøopater ønsket å bli integrert i legeprofesjonen.

## 2.2. ALTERNATIV BEHANDLING I TILKNYTNING TIL NEW AGE

Som sett ovenfor betrakter de som har en religionssosiologisk innfallsvinkel alternativ behandling som en del av en større religiøs bevegelse, nemlig den såkalte New age bevegelsen. New age er en: «en type nyreligiøsitet organisert som interessefellesskap med nettverkskarakter, noe som innebærer at bevegelsen ikke er hierarkisk eller ledes av en sentral organisasjon» (Gilhus og Mikaelsson, 1998, s. 12) . Selvutvikling er et sentralt stikkord, sammen med: «spirituell utvikling, alternativ medisin, alternative livssyn og et helhetlig verdensbilde» (ibid, s. 12). En av de tidligste studiene av New age bevegelsen, en hovedoppgave i sosiologi fra 1991, bekrefter denne påstanden. Oppgaven er skrevet av Janicke Killian og har tittelen «New Age-bevegelsen i Norge: hva er New Age? Hvem søker bevegelsen og hvorfor?». Killian utførte en spørreundersøkelse ved. Mandala-senteret, et New age senter som ble opprettet i 1980 i Østre Gausdal utenfor Lillehammer av Harald og Benedicte Thiis. De tilbyr kurs i alternativ medisin, helsekost, helhetsterapi, selvutvikling o.a. Beskrivelsen av brukerne av senteret kan oppsummeres som følger:

- 65 % kvinner, 35 % menn,
- Median for alder: 41 år,
- 65 % hadde studert ved universitet/høyskole. (I Norges befolkning i 1990 var det 14 %),
- 59 % brukte alternativ medisin;
- 1/3 av utvalget identifiserte New age med økologi og fredsarbeid og mange oppga helse og sunnhet på spørsmålet om hva de la i begrepet New age;

Kategorier som «personlig vekst», «selvinnsikt», «bevisstgjørelse» og «bedre utnytting av eget potensiale» var det viktigste for deltakerne. Kilians studie viser på en utmerket måte den nære koplingen mellom deltakelse i New age og bruk av alternativ behandling, og dessuten tilknytningen til en idealistisk politisk ideologi som handler om miljøvern og fredsarbeid.

Flere andre studier også påvist en nær sammenheng mellom alternativ behandling og New age. I sin analyse av de alternative behandlingsformene Bachs blomstermedisin

og homøopat påviser Heggland (2000) at begge retningene inneholder religionslike trekk både når det gjelder ritualer og trosforestillinger, samt at de også er en funksjonell erstatning for tradisjonell religion. Hun plasserer dem innenfor New age bevegelsen. I innledningen til sin hovedoppgave sammenligner Heggland det å avslutte studiet i homøopat ved NAN med å hoppe av fra en sekt.

Mens religionsforskere regner alternative behandlere som en del av New age bevegelsen, har samfunnsforskere sett på alternativ behandlingens funksjon i relasjon til legeprofesjonen. Jeg vil hevde at det er et åpent spørsmål om alternative behandlere er å regne som en del av New age bevegelsen. Jeg skal kort gå inn på de aspekt ved bevegelsen som taler for at den er en del av New age bevegelsen, samt se nærmere på de aspekt ved alternativ behandling som taler for at den er en sosial bevegelse.

Alternativ behandling har ofte religionslike trekk. Dens ideer handler om å remystifisere sykdom gjennom å sette sykdommen inn i et helhetlig meningssystem knyttet til individets biografi. Flere religionsforskere har videre påpekt at det alternative behandlingsfeltet er kjennetegnet av å være nært tilknyttet New age bevegelsen. Ifølge Gilhus og Mikaelsson (1998) er blant annet følgende aspekt en del av bildet som utgjør den typiske representant for uorganisert religiøsitet: «Av og til går hun i alternativhyllene i en bokhandel og kjøper en bok, helst om noe som har med healing å gjøre. Hun har vært hos akupunktør og fotsoneterapeut og handler regelmessig i helsekostbutikk» (Gilhus og Mikaelsson, 1998, s. 14). Denne påstanden støttes av det faktum at New age selskapet Alternativt Nettverk nå står som utgivere av Helsehåndboken, en oversikt over alternative behandlingsformer og behandlere samt organisasjoner på området. Boken kommer ut i en oppdatert versjon hvert år og inneholder per 2002 beskrivelse av 4000 alternative behandlere. New age bevegelsen og alternativ behandling er dermed knyttet sammen både i folks bevissthet og organisatorisk.

Ifølge Øygard (1998) kan alternativbevegelsen videre betraktes som en sosial bevegelse med ambisjoner om å endre verden. Men den klarer ifølge Øygard ikke å engasjere medlemmene til kollektiv handling for å realisere bevegelsens ideologi. Som vi skal se står dette funnet i kontrast til mitt funn i kapittel 4 av det alternative behandlingsfeltets evne til å mobilisere dens medlemmer for til politisk handling og



forskning.

### 2.3. ALTERNATIV BEHANDLING SOM EN SOSIAL BEVEGELSE

Alternativ behandling kan også betraktes fra perspektivet sosiale bevegelser, og kan dermed sammenlignes med kvinnebevegelsen eller miljøvernbevegelsen. Religionsviteren Georg Magne Rønnevig (2003) har påvist at det såkalte rikdom og suksess temaet, eller hva Skoglund (1999) karakteriserer som ”Tenk deg rik!” temaet, har hatt lite gjennomslag i den norske New age bevegelsen. Rikdom og suksess temaet går ut på å fremme det positive med å være rik, og dessuten magiske midler til å oppnå rikdom. Ifølge Rønnevig er det indikatorer på at New age i Norge er dominert av antroposofi, naturromantikk og alternativ behandling. Dette stemmer overens med resultatene fra Øygards kvantitative analyse av tema i tidsskriftet «Alternativt nettverk», der hovedtemaene viste seg å være alternativ medisin, selvutvikling, økologi og global bevissthet og åndelighet. I den sammenheng kan en trekke frem bevegelsens fokus på forebygging av sykdom gjennom endring av kosthold og livsstil, dens vektlegging av kroppens evne til selvhelbredelse, dens fokus på det naturlige og på en holistisk tilnærming til sykdom. Samlet sett utgjør denne ideologien og livsstilen en relativt sammenhengende kritisk innfallsvinkel til det etablerte helsevesenet. Et eksempel på at det alternative behandlingsfeltet kan spille en slik rolle, er følgende sak i Bergens Tidende i juni 2003. Da presenterte professor Stener Kvinnsland et program for ”krig mot kreft” i en kronikk i Bergens Tidende publisert i forbindelse med Helsevesenets 400 års jubileum. Kronikken har tittelen: «Kreftsykdommene – gjør vi det rette?» (Kvinnsland, 2003) og i ingressen kan vi lese at «Kampen mot kreftsykdommene er en krig, og det er bare ved et bredt og vel planlagt angrep at vi har muligheter til å minske lidelsene.» (ibid, 2003). Kvinnsland nevner en rekke faktorer som er viktige i krigen mot kreft, men fokus er på forskning, på bedre organisering av helsevesenets behandlingstilbud og på flere screeningtiltak. Den eneste som ga et tilsvarende svar på denne kronikken i Bergens-Tidende var Margrethe Joys, akupunktør og medlem av NAHO, Norske Akupunktørers Hovedorganisasjon. I hennes leserinnlegg, som har tittelen «Er krig det rette?» (Joys, 2003), stiller hun seg kritisk til den krig mot kreft som Kvinnsland skisserer. Her fremhever Joys erfaringen fra egen praksis som akupunktør der det å motivere folk til godt kosthold, mer fysisk aktivitet, og godt sosialt liv ofte er til hjelp mot deres sykdommer og helseplager. I

forlengelse av dette foreslår hun kostholdskurs og sterkere fokus på fysisk aktivitet i frisk luft som et *forebyggende* alternativ til Kvinnslands «krig mot kreft».

### 2.3.1. ORGANISASJONER PÅ DET ALTERNATIVE BEHANDLINGSFELTET

Med det alternative behandlingsfeltet<sup>6</sup> (se Heggland, 2000, s. 6) siktes det til de ulike organisasjoner og enkeltindivid som tilbyr alternativ behandling og selger naturmedisin. Begrepet felt blir brukt for å poengtere at det ikke finnes en institusjon som representerer alternative behandlingsformer, men et mangfold av organisasjoner med tilknytning til ulike teorier og behandlingsformer, ulik grad av tilknytning til religiøse ideer, ulik organisasjonsform og med til dels motstridende interesser. Det varierer i hvilken grad de enkelte organisasjonen representerer det alternative behandlingsfeltet i dets helhet, og i hvilken grad de kun er en yrkesgruppe av behandlere utenfor det etablerte helsevesenet.

Alle som tilbyr lindring eller helbredelse av sykdom utenfor det etablerte helsevesen er gjenstand for «Lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur». Denne loven gjelder for de som ikke er registrert som helsepersonell og innskrenker hva slags legemidler og instrument disse kan bruke, hvilke typer sykdom de kan behandle og innholdet i reklame for egen virksomhet. Et hovedpunkt er at loven forbyr å ta alvorlig syke pasienter til behandling. Den angir også strafferamme for brudd på loven. Hensikten med loven er både å beskytte pasientene mot feilbehandling, og å beskytte legeprofesjonens delvise monopol på behandling. Deler av det som betegnes alternativ behandling i dag, det å behandle seg selv med ulike remedier eller teknikker, faller utenfor denne loven. Denne loven skal jeg komme nærmere tilbake til i kapittel tre, men utover det vil jeg i liten grad komme inn på spørsmålet om lovgivningen som regulerer det alternative behandlingsfeltet i denne oppgaven.

Sentrale institusjoner er de som driver med alternativ behandling og de som tilbyr helsekost. Disse institusjonene er etter hvert blitt godt organisert og med relativt stor omsetning, og dermed er det grunn til å tro at disse etter hvert ha større innflytelse politisk og sosialt. De alternative institusjonene fremstår ofte som kopier av etablerte

---

<sup>6</sup> Heggland bruker begrepet alternativmedisinsk felt.

institusjoner, med navn som «Bio alternativ klinikken AS», «Norsk Akademi innen Naturmedisin», «Skandinavisk institutt for klassisk homøopati», «Nordisk akupunkturhøgskole», «Norsk Forening for Helhetsmedisin» og «Norske Homeopaters Landsorganisasjon». Dermed låner de autoritet fra samfunnsmessige institusjoner med høy prestisje. Tall fra Ot.prp. nr. 27 (2002-2003) viser at det til sammen er cirka 5000 organiserte utøvere i Norge, hvorav cirka 1500 er autorisert helsepersonell. På neste side kommer en oversikt over de seks største organisasjonene på det alternative behandlingsfeltet.<sup>7</sup>

Jeg skal bare kommentere denne oversikten kort. For det første er det et poeng å merke seg at en av organisasjonene har eksistert siden 1930, nemlig Norske Homeopaters Landsforbund. Organiserte grupper av alternative behandlere er derfor ikke et nytt fenomen i norsk sammenheng. Vi ser også at for eksempel NFKA har eksistert siden 1978. Nyskapningene er de forbundene som organiserer en rekke forskjellige alternative behandlingsformer under en fellesbetegnelse. Dette gjelder Norsk Forening for Helhetsmedisin (NFHM), Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon (NNH) og Norges Landsforbund av homøopraktikere (NLH). For eksempel skriver NLH på deres hjemmeside at de samler de «viktigste faggruppene innen erfaringsmedisin under en felles yrkestittel: Homøopraktiker.» NNH samler en rekke forskjellige skoleretninger under fellestermen naturterapeuter. NFHM er ikke en organisasjon for yrkesutøvere, men er mer å betrakte som en faglig og politisk organisasjon. Både NNH, NFHM og NLH er opprettet fra og med slutten av 80-tallet og frem til i dag, i samme periode og i etterkant av at New age bevegelsen oppnådde en felles identitet gjennom stiftingen av alternativt nettverk.

---

<sup>7</sup> Kilde der annet ikke er spesifisert er: Poleszynski, 2001, s.

**Tabell 1. Oversikt over organisasjoner på det alternative behandlingsfeltet.**

Organisasjon	Leder, fagbakgrunn i det etablerte utdannelsessystemet	Antall fullverdige medlemmer/totalt antall medlemmer <sup>8</sup>	Tilknyttet <sup>9</sup>
Norske Homeopaters Landsforbund (1930)	Aslak Steinsbakk, cand. Polit i sosiologi,	1997: 385/564 2002: 400/550	Norsk Akademi innen naturmedisin, SIKH, Arcanum
Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon (1994)	Nils-Erik Volden, hovedfag i helsefag, sosialantropologi	1997: 240/436 2003: 675/1090 <sup>10</sup>	En rekke forskjellige skoler, inkludert NAN
Norsk Forening for Helhetsmedisin (1988)	Stig Brusset, allmennpraktiserende lege, akupunktør og homøopat	1997: 129/203 2002: 135/200	Dette er ikke en organisasjon for yrkesutøvere innen alternativ beh.
Norsk Forening for Klassisk Akupunktur (1978)	Richard Struksnæs,	1997: 203/354 2002: 220/546	Egen skole: Norsk akupunktørskole, i samarbeid med Encefalon – høgskole i grunnmedisin
Norsk Forening for Soneterapeuter		1997: 140/242	Norsk institutt for zoneterapi, soneterapiskolen i Åsgårdstrand
Norges Landsforbund for Homøopraktikere	John Hetlelid	2003: 510	Blant annet Homøopraktiker-skolen

## 2.4. LEGEPROFESJONEN I RELASJON TIL ALTERNATIV BEHANDLING

Møtet mellom legestanden og alternative behandlere er sosiologisk sett et møte mellom en etablert profesjon og en gruppe nye yrker på samme felt. En profesjon er ifølge Freidson (1988) kjennetegnet av to hovedaspekt.

1. Det er en spesiell type yrke som bestemmer innholdet i eget arbeid og dessuten har monopol på tjenestene de leverer.

<sup>8</sup> Totalt antall medlemmer inkluderer blant annet studentmedlemmer.

<sup>9</sup> I NOU 1998:21 står det en oversikt over 39 forskjellige skoler innen alternativ behandling.

<sup>10</sup> Kilde er privat epost mottatt fra NNH 15/7 2003.

2. Det er en yrkesgruppe som har en særegen høy status på grunn av at dens medlemmer blir regnet som tillitsverdige i samfunnet.

Fremveksten av alternative behandlingsformer kan dermed sees på som en trussel både mot profesjonens monopol og mot dens tillitsverdighet overfor befolkningen. Møtet mellom alternative behandlere og legestanden vil derfor trolig være en egnet innfallsvinkel til å studere legestandens profesjonsstrategier og profesjonsetikk. På grunn av at alternativ behandling representerer teknikker og ideer utenfor, og gjerne i opposisjon til det etablerte, blir representantene ofte møtt med fiendtlighet fra leger og forskere. Teknikkene på feltet står derfor i opposisjon til leger og spesielt til leger i vitenskapelige stillinger. De sistnevnte identifiserer seg som medlemmer av den naturvitenskapelige institusjon, og reagerer ofte med fiendtlighet mot alternative behandleres påståtte mangel på vitenskapelighet, og deres pseudovitenskapelige begrunnelser av egen praksis.

Intervju med homøopater (Nydal, 1996) avdekker at disse av flere grunner er interessert i å samarbeide med leger, blant annet fordi de gjennom et slikt samarbeid vil oppnå høyere status og større pasientgrupper. Nydal finner også at det viktigste hinder for samarbeid er legenes krav om vitenskapelig dokumentasjon for homøopati, noe de fleste legene hun intervjuet mente ikke er tilfredsstillt i dag.

Sjur Øverbø Andersen (2000) argumenter i sin hovedoppgave for at forskere innen legevitenskap utgjør kjernen i legeprofesjonen, i betydning av at forskerne gir legeprofesjonen vitenskapelig autoritet overfor samfunnet. Relasjonen mellom forskere og spesialister innen legevitenskapen på den ene siden og alternative behandlere på den andre, er det skrevet lite om i norsk sosiologisk sammenheng. Når jeg i denne oppgaven skal analysere legestandens reaksjon på forsøkene til grupper utenfor det etablerte helsevesenet sine forsøk på å oppnå legitimitet, *skal det med legeprofesjonen forstås både allmennpraktiserende leger og forskere innen legevitenskapen*. Dessuten vil jeg trekke inn forskere som ikke er knyttet til legeprofesjonen. På en måte kan legevitenskapelige forskere og andre naturvitenskapelige forskere hevdes å være medlemmer av en spesiell kultur og institusjon i samfunnet, den naturvitenskapelige. Samtidig er det viktige interne forskjeller mellom disse, for mens forskere innen legevitenskapen i stor grad er

tilknyttet legeprofesjonen, vil andre forskere betrakte legeprofesjonen fra utsiden. Det er et åpent spørsmål i hvilken grad legevitenskapelige forskeres offentlige ytringer er styrt av rent interne vitenskapelige verdier og interesser, eller om de også er styrt av profesjonsinteresser. Det skal gis en mer grundig teoretisk analyse av rent naturvitenskapelige verdier og deres profesjonsinteresser og verdier i de senere kapitler.

En skal ikke ha studert det alternative behandlingsfeltet lenge for å kunne fastslå at alle disse perspektivene er nødvendige for å forstå både alternativ behandlingens funksjon, fremvekst og suksess, og dens posisjon i den offentlige debatt. Bevegelsen er mangfoldig både når det gjelder organisasjoner og ideologier, og utgjør dermed et flertydig sosialt fenomen. Av disse grunner vil ens innfallsvinkel bli avgjørende for ens konklusjoner. Hvis en for eksempel velger å betrakte den som en ny sosial bevegelse vil en kunne samle inn en rekke data som bekrefter dette perspektivet. I denne oppgaven har jeg valgt å ikke avgrense meg til en bestemt teoretisk innfallsvinkel, men heller satse på et teoretisk mangfold som gjenspeiler studieobjektets mangfoldige karakter.

#### 2.4.1. PLACEBO: JEG VIL BEHAGE

Placebo betyr «jeg skal behage» og er en betegnelse på de psykologiske og følelsesmessige sidene ved en behandlingssituasjon som påvirker symptomer, eller selve sykdomsforløpet, eller begge deler. Placebo effekten er velkjent og blir tatt hensyn til i eksperimentdesignet for uttesting av nye medisiner eller kirurgiske inngrep (*Placebo* i Encyclopædia Britannica Online). Einar Kringlen definerer placebo på følgende måte: «Placebo er en substans eller behandlingsprosedyre som er uten spesifikk virkning for den tilstand som skal evalueres.» (Kringlen, 1994, s. 81)

Placeboeffekten er en reell effekt som har særlig stor betydning ved psykiske lidelser og ved smerte (Kringlen, 1994). Kommunikasjon er ifølge psykologer og psykiatere sentralt for å forstå placeboeffekten. Kommunikasjon handler om hele behandlingssituasjonen, legens dialog med pasienten, stemningen og pasientens tolkning av de tekniske aspektene ved behandlingen (Finset, 1999). Pasientens tro og forventning, legens entusiasme og interesse i pasienten, samt situasjonens rollemønstre og ulike potente symboler, er alle viktige faktorer som avgjør graden av placebo-effekt. I det etablerte helsevesen er legens tekniske instrument, hans medisiner, hans diplomer på veggen og hans verbale og ikke-verbale atferd er alt sammen bestanddeler i hva som kommuniseres til pasienten.

Ifølge Kringlen (1994) spiller placebo en sentral rolle i klinisk praksis og at mange leger er klar over placeboeffektens betydning. I møtet med pasientene blir det å gi placebo i form av sukkerpiller eller behandling en vet ikke har noen effekt, gjerne sett på som å bryte med en profesjonsnorm. En ser på det som å bedra pasienten. Allmennpraktiserende lege Eivind Vestbø (privat epost, 2002) skriver følgende om bruk av placebo i praksis, og illustrerer en holdning som trolig er utbredt innen den allmennpraktiserende delen av legeprofesjonen:

«Placebo vil vi ha i den kliniske situasjonen, dess meir dess betre, men det blir meiningslaust og lureri når effekten er ein rein placeboeffekt. Det er ikkje god tone i dag og gi narremedisin til ein pas. i skulemedisinen.» (ibid, 2002) Vestbø hevder videre at ren placeboeffekt heller ikke burde være god tone innenfor alternativ behandlingen. Likevel har flere (Kringlen 1994 og 2000) påpekt at bruken av placeboeffekten i form av å gi sukkerpiller, tvilsomme vitaminkurer eller antibiotika

mot det meste, er og har vært utbredt praksis i legeprofesjonen. Før i tiden var det ifølge Kringlen vanlig at leger skrev ut sukkerpiller for å tilfredsstille pasienter som kom til legen med forventning om at noe kan gjøres med deres tilstand. Det skjer sjelden i dagens praksis, i stedet bruker man andre former for medisinsk behandling som placebo: «det kan ikke benektes at røntgenundersøkelser, vitaminpreparater, antibiotika og kirurgiske prosedyrer ofte fungerer som placebo». (ibid, s. 93). Eksemplene på bruk av medisiner som placebo er legio, et velkjent eksempel er bruk av antibiotika mot trivielle virusinfeksjoner. På tross av at deler av den etablerte legevitenskap er bevisst placeboeffektens betydning, er det dermed en tendens til at de undervurderer betydningen av placebo i egen behandling.

Den manglende overensstemmelsen mellom ideal og realitet har sammenheng med strukturelle trekk ved forholdet mellom leger og pasienter. Pasienter venter at leger skal kunne tilby dem en kur, og leger har tatt en rolle som presser dem til å gjøre det selv når de ikke har en dokumentert behandling å tilby. Dessuten kan undervurderingen av placeboeffekten sees på som et resultat av en til tider ensidig fokus på mennesket som et biologisk vesen. Som Kringlen påpeker, skulle en kanskje tro at fremskritt innen legevitenskapen har medført et mindre behov for placeboeffekten:

«Men forbedret diagnostikk og behandling har økt befolkningens forventninger til medisinen, og derfor har sannsynligvis bruken av placebo egentlig tiltatt. Indremedisinere har beregnet at 35-50 % av alle foreskrevne medikamenter i Skandinavia kan karakteriseres som placebo, idet de ikke har noen virkning på den aktuelle tilstanden.» (ibid, s. 92).

På tross av at bruk av placeboeffekten er utbredt innen legeprofesjonen, er det en offisiell norm innen legeprofesjonen om at bruk av placebo er bedrag overfor pasienten og dermed forkastelig.

For alternative behandlere vil påstander om at de kun tilbyr placebo medføre en trussel mot en behandlingsforms legitimitet både internt og eksternt. I møtet med legevitenskapens påstand om at deres behandling kun er placebo vil de ofte utvikle høyere ordens legitimering av behandlingsformen, enten ved bruk av religiøse eller vitenskapelige legitimeringsformer.



I tråd med Johnson (1960) vil jeg knytte placebo begrepet til en sosialantropologisk analyse av magi. Den følgende redegjørelse er basert på Harry M. Johnsons (1960, s. 413 - 416) kapittel om hvit magi. Bronislaw Malinowski definerer magi som bruk av overmenneskelige krefter til å oppnå verdslige mål. Magi blir brukt i forbindelse med jakt, fiske, jordbruk, helse og krig. Generelt sett blir den brukt i situasjoner der utfallet av en handling er av stor samfunnsmessig eller individuell betydning og der bruk av rasjonell teknikk alene ikke kan sikre et suksessrikt utfall. Trobrianderne brukte for eksempel magi når de skulle fiske på åpent hav men ikke ved ferskvannsfiske. Fiske på åpent hav medførte større risiko for en ulykke, utfallet av fangsten var usikkert samtidig som det var en avgjørende matkilde for Trobrianderne. Malinowski viser flere eksempler på at selv om den magiske teknikken i seg selv ikke har noen effekt på den fysiske verden fra en skeptikers perspektiv, har de en viktig psykologisk effekt. De beroliger en gruppe med mennesker i tilstrekkelig grad til at de kan konsentrere seg om bruk av verdslige teknikker til å oppnå det ønskede mål i en kritisk situasjon. Ifølge Malinowski blir ikke magi brukt som erstatning for verdslig teknikk, men i de aller fleste tilfeller som et supplement i situasjoner utenfor menneskelig kontroll der sentrale verdier står på spill. Dette kan sammenlignes med det en statistisk har påvist om folks bruk av alternativ behandling. En søker mot alternativ behandling når behandlingsformene til de etablerte institusjonene ikke strekker til, eller når det etablerte tilbudet oppleves som fremmedgjørende og ubehagelig, eller som en forsikring eller et supplement til legevitenenskap ved livstruende sykdom (Christie, 1991).

I neste delkapittel skal jeg bruke statistikk og tidligere forskning til å gi en beskrivelse om hvem som bruker alternativ behandling, hvorfor de bruker det, samt beskrivene den historiske bakgrunnen for fremveksten av etterspørsel etter alternativ behandling. Hensikten er å oppnå en solid bakgrunnsforståelse av alternativ behandling, før jeg gir meg i kast med analyse av de enkelte hendelsene.

## 2.5. STATISTIKK OM BRUK AV ALTERNATIV BEHANDLING

### 2.5.1. OMFANG I BRUK, OG ULIKHET I BRUK

Helseundersøkelsene viser at fra 1975 til 1985 økte andelen som hadde vært til alternativ behandler siste 14 dager fra 0,5 % til 1,4 %. Helseundersøkelsen fra 1995

viste at 13 % av den voksne befolkning hadde brukt en eller annen form for alternativ behandling siste år, inkludert kiropraktor. I en undersøkelse utført i 2001 av Opinion A/S på oppdrag av Norske Homøopaters Landsforbund, svarte 22 % av et representativt utvalg at de hadde brukt en eller annen form alternativ behandling siste år. Den samme undersøkelsen viser de mest brukte alternative behandlingsformene, når en ser bort fra kiropraktikk, er: akupunktur 9 %, homøopati og aromaterapi 7 %, soneterapi 5 % og healing og annet 3 %.

For å analysere hvem som bruker alternativ behandling, har jeg brukt «Undersøkelse om religion 1998» (Lund, 1998)<sup>11</sup>. Data fra denne undersøkelsen viser at det er relativt store forskjeller mellom de eldste og de yngste, og mellom menn og kvinner. Kvinner bruker alternativ behandling betydningsfullt og signifikant mer enn menn, og de yngre bruker alternativ behandling betydningsfullt mer enn de eldre. Blant menn er det en signifikant forskjell på cirka 8 prosentpoeng i bruk av alternativ behandling mellom de eldste og de yngste, mens forskjellen mellom de eldste og yngre kvinnene er på 3 prosentpoeng og ikke-signifikant. Spesielt menn over 65 år skiller seg ut med negative holdninger og lite bruk av alternativ behandling. 40 % av dem har krysset av for at ikke har prøvd alternativ behandling og heller ikke har lyst å prøve det, sammenlignet med 11 % blant kvinner under 65 år. Dobbel så mange kvinner i gruppen 18-64 år har prøvd alternativ behandling noensinne, som menn over 64 år. Samlet sett er det likevel et flertall av befolkningen som en har lyst til å prøve alternativ behandling, eller som har prøvd det, uavhengig av kjønn og alder.<sup>12</sup>

## 2.6. HVORFOR BRUKER FOLK ALTERNATIV BEHANDLING

Christie (1991) viser i sin studie at det ikke er folkets irrasjonalitet og overtro som gjør at de begynner å bruke alternativ behandling. Ifølge Christie skyldes folks bruk av alternativ behandling negative erfaringer med det etablerte helsevesen og positive

---

<sup>11</sup> De data som er benyttet her er hentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste sin undersøkelse Undersøkelse om religion 1998. Undersøkelsen er finansiert av Norges forskningsråd. Data ble samlet inn av Norsk Gallup Institutt A/S og tilrettelagt for forskingsformål av NSD. Ingen av de nevnte institusjonene er ansvarlige for analysen eller tolkningen av data som er gjort her.

<sup>12</sup> Krysstabeller og en mer omfattende analyse av datasettet er tilgjengelig etter forespørsel. Jeg planlegger å få gitt ut en artikkel om ulikhet i bruk av alternativ behandling med bruk av dette datasettet.

erfaringer med behandler-pasient relasjonen på det alternative behandlingsfeltet, samt det tiltrekkende ved de alternative behandlernes ideologi.

### 2.6.1. DET TILTREKKENDE VED BEHANDLER-PASIENT RELASJONEN INNEN ALTERNATIV BEHANDLING

Generelt er folk i dag lært opp til å søke behandling ved plager og sykdommer. Levekårsundersøkelsen fra 2002 viser at henholdsvis 71 % av alle menn og 78 % av alle kvinner hadde kontakt med primærlege, en økning på 3 prosentpoeng for begge kjønn i forhold til 1998. I tillegg var det flere som gikk hyppigere til lege. Det er dermed ikke slik at bruk av alternativ behandling kan sies å redusere bruken av det etablerte helsevesenet. Tvert imot kan en hevde at den økende søkning til leger viser at folk av flere grunner er blitt mer vant til å oppsøke en behandler når de opplever helseplager.<sup>13</sup> Dette er sannsynligvis en viktig grunn til økningen i bruk av alternativ behandling. I tillegg vil jeg i tråd med Christie (1991) skille mellom push og pull faktorer for å forklare folks bruk av alternativ behandling. Push faktorene er redsel for bivirkninger av medikamenter eller teknologi, misnøye med relasjonen til legen eller misnøye med utfallet av behandlingen. Pull faktorene består av to hovedfaktorer: For det første behandlingens form og terapeut-pasientrelasjon, og for det andre behandlingens ideologi. Når det gjelder behandlingens form, og terapeut-pasientrelasjonen, rapporterer Christie at brukerne opplever:

- a. at utøverne tar seg god tid med pasientene.
- b. at han kan inngå i en jevnbyrdig relasjon med den alternative behandleren noe som gir et større rom for dialog,
- c. utøverne lytter til det pasientene forteller både om sykdommen og om livssituasjonen og tar pasienten på alvor, rådene fra de alternative behandlerne omhandler både den spesifikke sykdommen og livsførselen generelt.
- d. Utøveren gir gjerne tips om hvordan en kan løse sosiale hverdagsproblem, og om hvordan helsen kan bedres gjennom mosjon og endring i kostholdet.

---

<sup>13</sup> I sin doktoravhandling viser Jorid Andreassen at fremveksten av fører til at folks evne til å mestre egne sykdommer blir svekket.

## 2.6.2. DET TILTREKKENDE VED IDEOLOGIEN TIL DET ALTERNATIVE BEHANDLINGSFELTET

Når det gjelder behandlingens ideologi kan disse oppsummeres med stikkord som holisme, naturlig, uten bivirkninger, behandling tilpasset det enkelte individ og innslag av spirituelle teorier om helse og sykdom (Goldstein, 2003). Med holistisk menes gjerne at behandlingen tar hensyn til både kropp og sjel, og at en ikke betrakter sykdommen isolert, men ser den i sammenheng med pasientens livsstil og psykososiale forhold<sup>14</sup>. Hegglund (2000) viser til stifteren av homøopati, Hahnemanns uttalelse, om at det ikke finnes sykdom, bare syke mennesker. Denne ideen må sees i kontrast til kropp-sjel dualismen i legeprofesjonen. Naturlig og uten bivirkninger henger sammen, det er en utbredt oppfatning i disse miljøene om at noe som er naturlig også er uten bivirkninger. Naturlig viser for det første til at en bruker naturmedisiner, det vil si bruk av planteekstrakt fremfor bruk av syntetiske medisiner<sup>15</sup>. For det andre viser det til et fokus på at terapeutens oppgave er å assistere naturens egne helbredende krefter. Dette stilles gjerne i motsetning til legevitenskapens påståtte aggressive syn på behandling av sykdom, med bruk av syntetiske medisiner og medisinsk høyt teknologi. Naturlig er et honnørord i vårt samfunn, og det naturlige sees gjerne på som sunnere og mer skånsomt. For eksempel avdekker Nydal (1996) i sin hovedoppgave at mange av homøopatene hun intervjuet mener at leger alt for lett gir pasienten antibiotika.

Behandling tilpasset det enkelte individ handler både om å tilpasse behandlingen til pasientens livssituasjon, og ikke minst at pasienten gjennom egen innsats kan oppnå helbredelse. Fokus på pasientens egeninnsats for å oppnå god helse står i kontrast til legers rolle som er blitt mer teknisk den senere tid. Ifølge Romøren (1984) er dagens lege-pasient relasjon slik at det ikke forventes av pasienten at han skal gjøre noe aktivt

---

<sup>14</sup> Dette er en ideologi, og må ikke forveksles med hva alternative terapeuter faktisk gjør. Som allmennlege Eivind Vestbø påpekte i en privat epost til meg, kan det bak ordet holistisk skjule seg en form for skadelig reduksjonistisk behandling. Vestbø viser til et eksempel fra egen praksis, der en kvinnelig pasient som han så led av psykiske plager (nærmere bestemt blink-syndromet), ble gitt diagnosen betennelse av en alternativ terapeut.

<sup>15</sup> Dette er som nevnt ideologiske poeng. Mange syntetiske medisiner er naturlige i den forstand at de er utvunnet av plantestoffer. Gjennom å isolere virkestoffet oppnår man kontroll over andelen virkestoff i hver tablett, samt å fjerne eventuelle andre stoffer som ikke har ønsket virkning.

for å bli bedre. Legen skal gi den rette diagnose og behandling som pasienten passivt skal motta.

Samlet sett har denne ideologien klare fellestrekk med ideologien som råder innenfor New age bevegelsen, og ifølge Skoglund (1999) kan alternativ behandling betraktes som en form for ritualisering av trosformer innenfor New age. Ifølge Goldstein (2003) er disse ideene spesielt godt tilpasset pasienter som lider av diffuse plager, men oppleves også som nyttige for dem som lider av veldefinerte kroniske sykdommer. For de sistnevnte handler bruk av alternativ behandling om det å gi lidelsen en religiøs mening knyttet til eget liv. Goldstein fremhever at i motsetning til leger, er alternative behandlere flinke til å motivere folk til å endre livsstil og diett. Dette har sammenheng med de alternative behandlernes evne til å skape en pasienthistorie som gjør sykdommen meningsfull, og forklarer pasienten hvorfor symptomene er oppstått og hvordan de kan bli kurert. Kuren handler ofte om mestring av sykdommen gjennom diett og livsstilsendringer, kombinert med ulike remedier eller behandlingsteknikker. Heggland viser at for eksempel homøopatene er seg bevisst denne rollen som behandlere av subjektive helseplager. Hun viser at på homøopatistudiet ved Norsk Akademi innen Naturmedisin skiller en mellom sykdom og plager, og at: «Det er en vanlig oppfattelse at den alternative medisinen er flinkere enn den offisielle medisinen til å behandle lidelse, men at den offisielle medisinen er flinkest til å behandle sykdommer.» (Heggland, 2000, s. 109)

I denne sammenheng kommer også statistikken om forskjellen i bruk og holdninger til alternativ mellom menn og kvinner til nytte. For eksempel er det slik at tre ganger så mange menn over 65 enn kvinner under 65 som avviser bruk av alternativ behandling. Dessuten er det signifikant flere kvinner enn menn som bruker alternativ behandling ofte. Disse to sammenhengene kan tolkes som en indikator på at kvinner som ikke er fra den eldste alderskohorten, tenderer mot å i større grad ha en affinitet til den ovennevnte ideologien. Hellevik har påvist at kvinner i førtiårene er overrepresentert i verdidimensjonen moderne idealister, en dimensjon preget av verdier som selvrealisering, individualitet, anti-autoritet og følelser. Som nevnt ovenfor er gruppen menn over 64 år den eneste gruppen der det er flere som har krysset av for at de ikke har lyst å prøve alternativ behandling, enn som har krysset av for at de ikke har lyst. Den typiske representant for dimensjonen tradisjonelle materialister, er ifølge

Hellevik mann over femti år med lav utdanning. De som faller inn under denne dimensjonen har høy oppslutning om verdier som ikke-selvrealisering, fornuft, konformitet, tradisjon, avstand og autoritet. Dette er verdier som er lite forenlige med ideologien som råder innen det alternative behandlingsfeltet, og som dessuten er mer forenlig med den eksisterende lege-pasient relasjonen. Tradisjonelle materialister er kjennetegnet av at det gamle og velprøvde er tryggest, og der materiell trygghet og vekst prioriteres framfor personlig utvikling og miljøhensyn. Denne gruppen kan knyttes til det Hellevik betegner som en mannlig industrikultur. Derimot er det et sammenfall i verdier mellom ideologien på det alternative behandlingsfeltet, og hva Hellevik betegner som moderne idealister. Hellevik viser at en typisk representant for moderne idealister er en kvinne i 40 årene med høy utdanning, og ansatt i det offentlige. En annen betegnelse på denne verdidimensjonen er postindustriell kultur. Sammenhengen mellom moderne idealister og støtte til alternativ behandling og bruk av alternativ behandling, gis også direkte støtte av en statistisk sammenheng mellom støtte til en sentral verdimessig indikator på det å være moderne idealist, og det å støtte alternativ behandling.<sup>16</sup>

Samlet sett gir de statistiske funnene, samt de teoretiske betraktningene, støtte til påstanden om en sammenheng mellom verdidimensjonen moderne idealister og det å bruke alternativ behandling.<sup>17</sup> Denne observasjonen gis støtte av funnene til Janicke Kilian som ble referert ovenfor. Også Heggland (2000) hevder samme poeng i sin drøfting av ideologien til homøopati slik den blir presentert på Norsk Akademi innen Naturmedisin: «Mange av metaforene passer inn i det moderne informasjonssamfunnet hvor det legges vekt på kommunikasjon, respekt og ytringsfrihet» (ibid, s. 111).

---

<sup>16</sup> Det er dessverre ikke plass til å gjengi krysstabellene som ligger til grunn for analysen her. Men de kan sendes til interesserte etter forespørsel. Også disse tallene er basert på «Undersøkelse om religion 1998» (Lund, 1998).

<sup>17</sup> En kjikvadrattest ga ikke signifikante resultat for forskjellene mellom de ulike utdannelsenivåene innenfor hvert kjønn når utvalget var begrenset til de som jobber i offentlig sektor, og det til tross for at forskjellene mellom utdannelseskategoriene var relativt store. Det skyldes blant annet at utvalget ble sterkt redusert.

Det er også en sammenheng mellom bruk av alternativ behandling, og det å tro på New age. De som er tro på New age ideer bruker alternativ terapi litt mer. De er betydningsfullt mer åpne for bruk av alternativ terapi. De er vesentlig mer sikre på at naturmedisin faktisk kan hjelpe når legeprofesjonen ikke strekker til, og det er substansielt færre av dem som avviser at naturmedisin kan hjelpe når legeprofesjonen ikke strekker til.<sup>18</sup>

Et tema som Hammer (2000) viser er en viktig del av det New age, og som en også finner igjen på det alternative behandlingsfeltet, er pseudovitenskap. På mange vil det nok komme som en overraskelse at deler av det alternative behandlingsfeltet bruker kopi av høyteknologi, eller vitenskapelige termer for å legitimere behandlingen. Eksempler på bruk av moderne teknologi for å oppnå vitenskapelig legitimitet, er såkalt magnetterapi til behandling av alt fra kreft til ryggplager, eller bruk av hårmineralanalyse<sup>19</sup> eller blodprøver til å avdekke påståtte ubalanser eller forurensing i kroppen. Hårmineralanalysen som utføres av det amerikanske selskapet «Trace elements Inc», er ifølge eksperter unøyaktig, og brukes dessuten som et grunnlag for å foreskrive pasienten strenge dietter for at de skal ”rense” kroppen fra forurensing. Her tjener medisinsk teknologi, eller pseudovitenskapelige kopier av medisinsk teknologi, til å gi behandleren autoritet og til å imponere pasienten. Som vi skal se i kapittel 5 kommer flere forskere innen naturvitenskapen med krass kritikk av bruk av pseudovitenskapelig terminologi for å legitimere alternativ behandling.

### 2.6.3. PUSH-FAKTORER

For å beskrive de faktorene som skyver pasientene bort fra legeprofesjonen, vil jeg her benytte meg av hovedfunnene til Nydal (1996). Ifølge Nydals undersøkelse er legerollen i dag preget av følgende svakheter:

- a. Store forventninger knyttet til teknologiske fremskritt, «det forventes at legene skal løse alle menneskelige problemer» (Nydal, 1996, s. 39)

---

<sup>18</sup> Analysen er basert på tall fra «Undersøkelse om religion 1998», se Lund, 1998.

<sup>19</sup> I flere nummer av det nye norske alternative tidsskriftet Mat&Helse har det vært annonser for hårmineralanalyse. Dessuten har bladet promotert hårmineralanalyse i egne artikler. I 2003 hadde Mat&Helse et opplag på 51 000, og et lesertall på 151 000. Se: <http://www.matoghelse.no/images/M%26HMediainfo.pdf>

- b. Den økende utbredelsen i befolkningen av langvarige kroniske lidelser og psykosomatiske lidelser, folks manglende mestring av disse og legers usikkerhet i møte med dem
- c. Strukturelle trekk ved den moderne legerollen fører til at mange opplever at de ikke mestrer møtet med pasienter som har psykosomatiske lidelser. Den høye statusen til medisinsk teknologi har ført til at leger er blitt mer teknisk orienterte på bekostning av det sosiale, samt at strukturelle krav om effektivitet fører til at leger er utsatt for et tidspress som gjør dem ute av stand til å gi pasientene den gode samtalen.
- d. Mistillit til ekspertgruppen leger forårsaket av en generell tendens mot svekket autoritetstro i samfunnet.
- e. Legene opplever kulturelt ubehag i møte med pasientene på grunn av økende kritikk av deres profesjon i massemedier, og på grunn mer krevende pasienter som i større grad enn før utøver press mot legene.

Nydal (1996) oppsummerer disse poengene med at generelt sett er oppblomstringen av alternative behandlingsformer en reaksjon på negative utviklingstrekk innenfor det etablerte helsevesen.

Økt bruk av alternativ behandling må sees i sammenheng med øket rapportering av psykosomatiske helseplager og kroniske lidelser som legevitenskapen ikke kan kurere. En må skille mellom plager og sykdom. Plager er individets opplevelse av å være syk, mens sykdom er en fysisk diagnose. Ulike individ opplever samme sykdom forskjellig. En kan oppleve helseplager uten at det finnes objektive funn eller oppleve langt sterkere plager enn de objektive funnene gir grunnlag for. Dette er definert som subjektive helseplager av psykiatere (Hysing & Sivertsen, 1999, s. 4). I kapitlet «Helse» i Sosialt Utsyn 2000 vises det at lidelser som: «muskel- og skjelettsykdommer, astma og allergi, samt psykiske lidelser», får stadig større utbredelse.

## 2.7. OMSORGSSAMFUNNET, VITENSKAPELIGGJØRING AV HELSEVESENET OG NYE SYKDOMMER

Jeg vil avslutte dette kapitlet med å kort beskrive den historiske konteksten for fremveksten av alternativ behandling.



Når det gjelder den økende ambivalensen til naturvitenskapen kan en se den i sammenheng med to forskjellige utviklingstrekk. Det ene er arven fra radikalismen på 70-tallet i form av kulturrevolusjon som går ut på en demokratisering av sosiale relasjoner. Dette gir seg utslag i en generell svekket autoritetstro og dermed et krav om et mer likestilt forhold til legen. Det andre er de nye miljøtruslene og mediernes samt miljøvernorganisasjonenes fokus på disse. På miljøområdet hadde naturvitenskapelige forskere en viktig rolle i å avdekke og beskrive miljøtrusler og å advare offentligheten mot disse. Samtidig var naturvitenskapen en del av et økonomisk og politisk system som skaper nye miljøtrusler gjennom stadig større produksjon av varer og gjennom å stimulere til høyere forbruk. På 70-tallet vokste det frem miljøvernbevegelser som stilte spørsmål både ved målet om økt økonomiske vekst og ved vitenskapens rolle. De var skeptiske til om forskere hadde tilstrekkelig oversikt over konsekvensene av en ny teknologi som ble foreslått innført, eller ved enkeltforskeres integritet når disse var utsatt for økonomisk eller politisk press. Miljøbevegelsen utviklet motekspertise som kritiserte myndighetenes eller næringslivets planer på en rekke områder. Et av de mest kjente sakene er kritikken av planene om å bygge atomkraftverk, en kritikk som senere ble støttet av amerikanske eksperter på risikoanalyse. Samlet sett var rollen til forskeren godt fra å være kulturhelt til å bli, med Benums ord, både skurk og helt. Harald Hornmoens studier av norsk forskningsjournalistikk viser at dette bildet er mer nyansert. Ifølge Hornmoen er mange journalister i norske aviser fortsatt kjennetegnet av en ukritisk beundring overfor forskere og de ser dessuten på sin rolle som å legitimere vitenskapelig forskning fremfor å se på vitenskapen som en samfunnsinstitusjon (Hornmoen, 2003). Utviklingen mot en mer kritisk holdning til forskere i samfunnet er derfor ikke entydig. Poenget er heller at det har vokst frem en miljøbevegelse og en sosiokulturell gruppe i samfunnet som er systematisk kritisk til forskeres samfunnsmessige rolle. Som nevnt i innledningen er en innfallsvinkel til alternativ behandling å betrakte feltet som en ny sosial bevegelse som stiller spørsmålstegn ved legevitenenskapen og legestanden.

I løpet av perioden 1970-90 økte antall sysselsatte i helsesektoren fra 75000 til 550000. Hovedårsakene til denne ekspansjonen var ifølge Benum (1998) en endret befolkningssammensetning med flere eldre, flere sosiale problemer og at nye grupper

ble inkludert helsevesenet, samt hurtig utvikling av helseteknologi som førte til at stadig flere lidelser kunne diagnostiseres og behandles. Politisk sett var helsedirektør Karl Evang viktig i denne prosessen. I 1969 fikk han gjennomslag for sykehusloven som medførte at folketrygden i stor grad skulle dekke driftsutgifter og byggingskostnader av sykehus. I løpet av 70-tallet skjedde det en storstilt sykehusutbygging som også medførte stordrift, sentralisering og spesialisering. Denne prosessen var med på å forsterke endringen i legerollen fra huslegen til en mer spesifikt teknisk legerolle preget av tidspress, og i nær tilknytning til ekspertsystemer.

Den teknologiske utviklingen innenfor helsevesenet som gikk så hurtig at en kan kalle den en helserevolusjon, var med på å gi vitenskapen høy status i omsorgssamfunnet. Samtidig med at en del av de gamle plager og sykdommer forsvant, dukket nye opp. Benum nevner blant annet hjerte- og karsykdommer, kreft, allergier, psykiske problem og muskel- og skjelettlidelser som er nye i den forstand at forekomsten av dem øker i samfunnet og dessuten at disse sykdomstypene får økt offentlig oppmerksomhet. Det er for eksempel enighet om at forekomsten av allergi har økt i alle vestlige samfunn, men det er uenighet om hvor sterk økningen er (Dybing et al, 1996). Ifølge Ihlebæk et al (2002) har det skjedd en enorm økning i antall sykefraværsdager og antall uføretrygdede på grunn av rygg smerter både i Skandinaviske land og i Storbritannia. Helsevesenet har et godt tilbud mot hjerte- og karsykdommer<sup>20</sup>, men har lite å tilby de andre "nye" sykdomstypene. Om de nye sykdommene skriver Romøren (1984, s. 70) at medisinen kan «tilby mye som lindrer, bedrer pasientenes funksjoner og forlenger livet, men lite som helbreder» Det sterke fokus på utbygging av det offentlige helsevesen, og de vitenskapelige fremskritt, er likevel med på å gi folk forventninger om at helsevesenet skal kunne kurere deres plager og lidelser. Dermed blir trolig den relative deprivasjonen større når mennesker i dag opplever at lidelser eller sykdommer som legeprofesjonen ikke kan kurere.

En annen viktig faktor er den økende tendensen blant yrkesgrupper til å drive profesjonspolitik. Flere yrkesgrupper innenfor helsesektoren oppfattet det etter hvert som viktig å gjøre eget yrke vitenskapelig. Motivasjonen til dette var trolig et ønske

---

<sup>20</sup> Ifølge Einar Kringlen (1994) er bypass-operasjonens gode effekt på pasientenes symptomer i stor å regne som en placeboeffekt.

om å høyne fagets status i relasjon til de etter hvert høyt teknologiske legene, samt å sikre monopol for en bestemt gruppe gjennom å gjøre yrket fagbasert. For eksempel fikk sykepleierforbundet kjempet frem en egen forskningskomité som fikk i oppgave å utarbeide et «forskningsprogram» for sykepleierfaget. Sykepleierne lyktes i deres kamp og faget sykepleiervitenskap ble opprettet ved Universitetet i Bergen i 1979 og ved Universitetet i Oslo i 1985.

De ovennevnte punkter kan regnes om bakenforliggende faktorer for å forklare fremveksten av alternativ behandling, og de alternative behandlernes organiserte krav om vitenskapelig anerkjennelse. En viktig utløsende faktor er den offentlige autoriseringen av kiropraktorer i 1989 på tross av motstand fra den Norske Lægeforening, og fra det daværende Helsedirektoratet. Denne saken viste at leger var i utakt med befolkningen og politikere i spørsmålet om autorisasjon av en gruppe behandlere utenfor det etablerte helsevesen. Kiropraktorsaken er av vesentlig betydning for å forstå den økende støtte til alternativ behandling i det politiske system. Dessuten berører den viktige sosiologiske spørsmål som profesjonskamp, vitenskapelige normer og strid om hva som er vitenskap.

### **3. Utfordringer mot legeprofesjonens behandling av ryggplager**

#### **3.1. PROFESJONELL MAKT OG KUNNSKAPSPARADIGMER**

I dette kapitlet skal jeg beskrive og analysere saken om autorisasjon av kiropraktikk. I NOU 1985:10 «Autorisasjon av kiropraktikk» gikk et utvalg bestående av leger, kiropraktorer, en representant fra Rikstrykdeverket, og en høysterettsdommer, inn for å autorisere kiropraktikk.. I 1989 vedtok Stortinget lovforslaget fra utvalget.

Jeg vil i hovedsak benytte to innfallsvinkler i analyse av saken. For det første en profesjonssosiologisk innfallsvinkel, med støtte i E. Freidson (1988). Ut fra denne innfallsvinkelen kan vi stille to sentrale spørsmål. For det første: hvilke strategier bruker legeprofesjonen for å forsvare egne profesjonsinteresser eller egen unike status? For det andre, hvilke strategier bruker kiropraktorene for å utfordre legeprofesjonens makt? Hva sier denne striden om legeprofesjonens ekspertautoritet og om deres praksis når det gjelder behandling av ryggpasienter? For å svare på disse spørsmålene skal jeg analysere legenes reaksjon på kiropraktorenes utfordring av deres ekspertautoritet under arbeidet med utvalget. Som vi skal se lykkes kiropraktorene i å bli offentlig godkjent på tross av motstand fra Lægeforeningen og fra legevitenskapelig hold. Dette utgjør utgangspunktet for å gå nærmere inn på spørsmålet om kiropraktikkens funksjon, og på svakhetene ved den legevitenskapelige behandlingen slik de avdekkes i den senere utvikling og paradigmestrid innenfor legevitenskapelig forskning på ryggplager.

For det andre en vitenskapssosiologisk innfallsvinkel basert på Thomas Kuhns konsept paradigme. Kuhn definerer et vitenskapelig paradigme som: «visse alment anerkjente vitenskapelige resultater, som for en tid gir en viss gruppe av forskere forbilledlige problemer og løsninger.» (Kuhn, 1970, s. x, se Johannesen, 1996, s. 137). Kuhn skiller videre mellom den førparadigmatiske fase og den modne fase når det gjelder forskningsaktiviteter. I den førparadigmatiske perioden er det en rekke konkurrerende teorier og modeller om «beslektede problemer», mens den modne fase er preget av oppslutning om et felles paradigme og at man støter ut eller ignorerer de

som formulerer alternative teorier. Et forskersamfunn etableres og opprettholdes gjennom et paradigme: «visse alment anerkjente vitenskapelige resultater, som for en tid gir en viss gruppe av forskere forbilledlige problemer og løsninger» og et enhetlig undervisningsopplegg som fører studentene frem til forskningsfronten (Kuhn, 1970, s. x se Johannesen, 1996, s. 137) Det siste:

«sikrer at nykommerne i forskergruppen stort sett har lest de samme verkene, arbeidet seg gjennom de samme eksemplene på konkrete problemløsninger og er enige om hva som er gruppens vitenskapelige forbilde» (Johannesen, 1996, s. 139).

Et sentralt poeng i denne sammenheng er at paradigmet er konstituerende for et fellesskap og at fellesskapet dermed trues når paradigmet trues. En viktig trussel er hva Kuhn betegner anomalier, det vil si funn som motsier paradigmet. I begynnelsen ignoreres anomaliene, men når de blir mange nok oppstår det krisesyntomer, og en går inn i en fase preget av ekstraordinær forskning.

Slik Ole Berg (2003) beskriver kunnskapsfeltet ryggglidelser er det grunn til å hevde at det er preget av å være førparadigmatisk, men at det har vært konsensus om en organisk tilnærming til forskning på ryggproblemer. Helsevesenets behandlingstilbud til ryggpasienter har i lengre tid vært preget av mangel på helhetlig tilnærming og dårlig koordinering mellom ulike spesialister. Berg (2003) refererer til en rapport fra Ryggforskningforeningen i 1994, der en fastslår at ryggglidelser har hatt lav anseelse og prioritet i det norske helsevesen.

I det som er et av standardverkene innenfor profesjonsstudier, «The Profession of Medicine» (Freidson 1988), hevdes det at deler av legevitenenskapens paradigme er basert på tro, og kun delvis er bekreftet av empiri. Freidson hevder likevel at lekfolk ikke har den nødvendige kunnskap til å kunne kritisere legevitenenskapens paradigme, og at det dermed også er utenfor sosiologers kompetanseområde. En analyse av paradigmestriden om behandlingen av ryggplager innenfor legeprofesjonen kan likevel hevdes å være innenfor sosiologers kompetanseområde, siden striden avdekker uenighet om fundamentale begrep, og dessuten en maktkamp mellom de to gruppene som står for to ulike modeller. Striden kommer til uttrykk i form av krangler både i aviser, i Tidsskrift for den Norske Lægeforening og i Dagens medisin, en nyhetsavis for helsesektoren. Dessuten griper dette emnet inn i et mer generelt tema som

sosiologer allerede har beveget seg inn på, nemlig legevitenenskapens relativt ensidige fokus på biomedisin, og medisinsk teknologi, på bekostning av samfunnsmedisinske tiltak for å forebygge sykdommer og plager. Paradigmestriden om ryggplager er vitenskapshistorisk interessant fordi den, som vi skal se, gir støtte til Kuhns teori om at «kunnskapens vekst er diskontinuerlig og sprangvis», og relevant fordi den kan brukes til å belyse kiropraktikkens funksjon i relasjon til legeprofesjonen.

## 3.2. AUTORISASJON OG PROFESJONALISERING<sup>21</sup>

### 3.2.1. KIROPRAKTORENE PÅ BANEN, EKSPERTENES SVAR

Kiropraktikk<sup>22</sup> ble oppfunnet av den nord-amerikanske lekmannen D. D. Palmer på slutten av 1800-tallet. Palmer praktiserte i utgangspunktet magnetbehandling. I utøvelsen av sitt virke ble Palmer oppsøkt av Harvey Lillard som mente at han hadde blitt døv av ryggtrøbbel. Palmer ga Lillard manipulasjonsbehandling og ifølge historien ble Lillard gradvis bedre for tilslutt å få tilbake normal hørsel. Etter denne opplevelsen ga Palmer opp magnetbehandlingen og viet seg fullstendig til kiropraktikk (Melton, 1990).

Palmer var påvirket av antroposofiske ideer om naturens evne til selvhelbredelse og hans kiropraktikk var basert på to hovedideer. For det første at kroppen har evne til selvhelbredelse. For det andre at nervesystemet må fungere for god helse. Fokuset på kroppens evne til selvhelbredelse har kiropraktikken til felles med de fleste alternative behandlingsformer, mens ideen om nervesystemet, samt manipulasjonsbehandlingen, gjør kiropraktikk til en egen retning. I likhet med dagens alternative behandlingsformer, mente kiropraktorene i starten at de kunne helbrede de fleste sykdommer og plager. I 1897 stiftet Palmer den første skolen innen kiropraktikk. Etter hvert ble kiropraktikk godkjent i stadig flere stater i USA, på tross av motstand fra

---

<sup>21</sup> Tidligere stortingsrepresentant Anne-Lise Høeg oppfordret meg til å kikke nærmere på kiropraktorsaken da jeg intervjuet henne om arbeidet med alternativ medisin i Helse- og sosialkomiteen. Et søk i Bibsys med søkeordene "kiropraktikk" eller "kiropraktor" viser at det i nyere tid kun er kiropraktorene selv som har skrevet om emnet. Et søk på atekst viser at Aftenposten ikke ga saken om kiropraktikk noe særlig oppmerksomhet, på tross av kontroversene som kommer til uttrykk i NOU 1985:10.

<sup>22</sup> Den følgende fremstilling er basert på Melton 1990 og NOU 1985:10.

talsmenn for legeprofesjonen. I 1965 var det flere enn 20 000 kiropraktorer i USA (Melton, 1990). Den første kiropraktor etablerte seg i Norge i 1920, og i 1935 var antallet steget til 35. I 1936 vedtok Stortinget en ny og strengere kvaksalverlov som fortsatt med visse endringer gjelder i dag. Loven innskrenker retten for andre enn godkjent helsepersonell å ta syke i kur. Helsedirektør Karl Evang ønsket egentlig å innføre et forbud mot at andre enn godkjent helsepersonell skulle ta syke i kur, men prøvde ikke å fremme et slikt forslag fordi han visste at det ikke var mulig å oppnå politisk støtte til det. Loven som ble innført av et enstemmig Storting beskyttet tittelen lege og tannlege, mens kiropraktors virksomhet ble regulert av kvaksalverloven. Tittelen kiropraktor ble med andre ord ikke beskyttet. Kiropraktorene fremmet et ønske om autorisasjon overfor Stortinget, men de oppnådde ingenting politisk. Antall kiropraktorer i Norge ble deretter redusert til 5-10 stk., men begynte å øke jevnt igjen på starten av 60-tallet. Fra 1936 til starten av 60-tallet var det konsensus mellom Storting og legevitsenskapelig hold om at kiropraktikk ikke skulle autoriseres på grunn av at kiropraktikk regnes som «uvitsenskapelig», eller som «kvaksalverbehandling». Frem til starten av 60-tallet var kiropraktorenes strategi om å oppnå autorisasjon gjennom politisk støtte forgjeves i møte med en legevitsenskap hvis kunnskap ble betraktet som «definitive and authoritative» av politikere.

I løpet av 60-tallet ble kiropraktorsaken viet større oppmerksomhet i den offentlige debatt, og det ble dannet pasientforeninger. I løpet av 60-tallet skjer det også en holdningsendring blant stortingsrepresentantene, og de begynner å støtte kiropraktorenes sak. Dette kommer til uttrykk i en debatt om kiropraktikk-saken i 1969 der stortingsrepresentant Borghild Bondevik Haga uttalte at «det er hevet over tvil at, og det kan bevises med mange eksempler at kiropraktisk behandling av for eksempel rygglidelser har gitt like gode resultater som den behandling som har vært forordnet av lege, og i mange tilfelle langt bedre». (NOU 1985:10, s. 14). Ifølge utredningen er denne uttalelsen representativ for stortingsrepresentantenes holdninger i saken. Uttalelsen er også interessant fordi den viser at Haga oppfatter eksempler på god virkning av kiropraktorbehandling som et bevis på at kiropraktikk har god effekt, på tross av at den offisielle oppfatning i legevitsenskapen er at kiropraktikk er uten effekt. Det skjer ingen tilsvarende endring hos representanter for legevitsenskapen i Norge, og det oppstår uenighet mellom stortingsrepresentanter og representanter for legevitsenskapen i kiropraktorsaken. I 1970 fremmet seks stortingsrepresentanter et

privat forslag om å autorisere kiropraktikk. Karl Evang sendte lovforslaget til uttalelse fra både Lægeforeningen og Medisinsk fakultet, og disse viser seg å ha sammenfallende syn i saken. Begge instanser er motstandere av lovforslaget og begrunnet deres syn med at: verken teori eller effekt er vitenskapelig bevist, at kiropraktorene ikke er kvalifisert til å stille diagnose, og den påstått korte studietiden og mangelen på leger som lærere under utdanning kiropraktorer. Disse tre innvendingene antyder på hvilke områder kiropraktorene må bevise deres kompetanse. Sosialdepartementet fremstår i kiropraktorsaken som en representant for legevitenskapelig ekspertise og som forsvarere av legeprofesjonen.

I 1974 ble Odelstingsproposisjon nr. 50 som hadde til hensikt å gi trygderefusjon til kiropraktorpasienter etter henvisning fra lege, fremmet på Stortinget. I utredningen kan en lese at Helsedirektøren og Sosialdepartementet i det vesentlige har sammenfallende syn på innholdet i proposisjonen. Om saken uttaler Karl Evang blant annet at han «kunne ikke uten videre» anbefale forslaget og begrunnet sin holdning med å vise til uttalelser fra blant annet Lægeforeningen, og en amerikansk kongressinnstilling om kiropraktikk, som begge er avviser at kiropraktikk bør autoriseres (ibid, s. 16). Evang fant det likevel opportunt å ikke motarbeide proposisjonen på grunn av påtrykk fra ulike hold. Ifølge utredningen er disse ulike hold i Stortinget og Arbeiderpartiet. Arbeiderpartiet hadde i sitt program at de skulle jobbe for autorisasjon av kiropraktorer. I 1974 ble lovforslaget debattert og vedtatt av Stortinget. Loven ble dermed endret slik at pasienter kunne motta trygderefusjon ved kiropraktorbehandling etter henvisning fra lege. Kiropraktorsaken ble tatt opp på nytt i 1976 både angående refusjonsspørsmålet og autorisasjonsspørsmålet fordi flere stortingsrepresentanter var av den oppfatning at refusjonsordningen ikke fungerte tilfredsstillende. En viktig grunn til det var manglende samarbeid fra legenes side. På bakgrunn av dette ble det opprettet et offentlig utvalg av sosialdepartementet i 1979. Utvalget fikk som mandat å utrede spørsmålet om autorisasjon av kiropraktorer.

Samlet sett viser dette forløpet at legeprofesjonens har viktige politiske posisjoner, og en sterk politisk makt som de bruker til å motarbeide kiropraktorenes forsøk på å bli autorisert. Av opplysningene som kommer frem i utredningen går det frem at sentralt posisjonerte leger forkaster kiropraktikk som uvitenskapelig, og deres utdanning som mangelfull, men at fra og med 1960-tallet stiller politikere spørsmålstegn ved legenes



fremstilling. På tross av at Stortinget vedtar å gi refusjon til pasienter som går til kiropraktor etter henvisning fra lege, og dermed anerkjenner kiropraktorene som en verdifull yrkesgruppe, fortsetter legeprofesjonen å motarbeide kiropraktorene gjennom uformelle sanksjoner. Oppnevningen av utvalget i 1979 kan blant annet tolkes som et politisk forsøk på å gjøre legene mer samarbeidsvillige med en yrkesgruppe som har støtte i befolkningen.

Utvalget bestod av syv personer med følgende sammensetning (ibid, s. 5):  
Tre representanter for Den Norske Kiropraktorforening<sup>23</sup>: kiropraktorene, Olav Kaugerud, Georg Rasmussen og Kyrre Myhrvold. Disse representerer åpenbart kiropraktorenes interesser.

En representant foreslått av den Norske Lægeforening: Ass. Overlege dr. med Dagfinn Gedde-Dahl.  
En representant foreslått av Universitetet i Oslo: professor dr. med Erik Kåss. Kåss og Gedde-Dahl representerer legestandens og legevitenskapens interesser.

I tillegg to nøytrale representanter, høyesterettsdommer Egil Endresen og konsulent fra Rikstrygdeverket Mai-Lis Røed Kristiansen.

Utvalget går enstemmig inn for å *autorisere* kiropraktorer og å gi kiropraktorer rett til å rekvirere røntgenundersøkelser. På tross av at utvalget er enige om det vesentlige, har både representantene for legestanden og representantene for kiropraktorene valgt å skrive lange særuttalelser. Kiropraktorene har skrevet ni sider, legene har skrevet syv sider, og Egil Endresen og Mai-Lis Røed Kristiansen har skrevet cirka to sider. Det kommer tydelig frem at arbeidet med utredningen har ført til harde konfrontasjoner mellom legevitenskapelig ekspertise og kiropraktorer.

### Kiropraktorenes egen profesjonalisering

For å forstå denne saken er det nødvendig å gi en fremstilling av hvordan kiropraktorene forsvarer seg mot anklagene om kvaksalveri eller uvitenskapelighet, dårlig utdannelse og manglende kompetanse i å stille diagnose. Kiropraktorenes organisering av egen virksomhet i USA antyder hvilken strategi de har valgt i møte med lignende anklager fra legeforeningen i USA. Samtidig må det fremheves at denne organiseringen ikke kun handler om strategi, men også om nødvendig opplæring for å

---

<sup>23</sup> I utgangspunktet var de to representanter for Den Norske Kiropraktorforening og en representant for Den Nye Norske Kiropraktorforening, en utbrytergruppe fra førstnevnte. I 1980 valgte disse foreningene å slå seg sammen og i praksis har de tre representantene sammenfallende interesser i saken.

kunne gi pasientene korrekt diagnose, og unngå manipulasjonsbehandling av pasienter med andre sykdommer enn ryggplager.

Kiropraktorenes organisering av virksomheten kan oppsummeres som følger: profesjonalisering gjennom utdanning, avgrensning av virkeområde for behandlingen de tilbyr samt utvikling av egen diagnostikk og eget behandlingsopplegg. Når det gjelder utdanning har kiropraktorene i USA stiftet egne kiropraktorskoler som er godkjent av «United States Office of Education» via kiropraktorens egne offentlige godkjenning sin stans, CCE (Council of Chiropractic Education). Av opplysningene om kiropraktorenes utdanning i utredningen går det frem at utdannelsen tar 4-5 år, at den har 4500 undervisningstimer, hvorav kun 534 timer er om kiropraktikk mens resten er i medisinske kjernefag som blant annet anatomi, fysiologi og patologi. Timeplanen viser dermed at deres utdanning er solid forankret i vitenskapelig anerkjent kunnskap. Det høye nivået på kiropraktorenes utdanning er noe av det første de nøytrale medlemmene av utvalget fremhever når de skal begrunne hvorfor kiropraktorene bør autoriseres. De skriver blant annet:

«Kiropraktorenes utdanning ligger etter disse medlemmers syn vesentlig over den utdanning fysioterapeutene får...» (NOU 1985:10, s. 47), og «Kiropraktorene har under sin utdanning fått en betydelig undervisning i diagnostikk...» (ibid, s. 47).

At utredningen innledes med en detaljert beskrivelse av to skoler for kiropraktikk som utvalget besøkte under arbeidet med utredningen, understreker betydningen av denne faktoren. I denne beskrivelsen fremhever man at kiropraktorene får utdanning i rent medisinske fag, at skolene gir opplæring i bruk av avansert medisinsk utstyr som blant annet røntgenutstyr, og at det ved begge skoler var ansatt en lege og at man dessuten brukte leger som gjesteforelesere.

Når det gjelder avgrensningen av eget virkeområde innledes kapittelet om kiropraktikkens teori med en avgrensning av virkeområdet til: «behandlingen og forebygging av funksjonelle forstyrrelser og smertesyndromer i relasjon til statiske og dynamiske forandringer av bevegelsesapparatet, hovedsakelig i ryggsøyel og bekken». (ibid, s. 20)<sup>24</sup> Med andre ord, kiropraktikk avgrenses til hovedsakelig å

---

<sup>24</sup> En egen sak i NOU 1985:10 er en rapport fra en utredning om kiropraktikk av en komité fra New

handle om ryggplager. I tillegg tar man et oppgjør med stifteren D. D. Palmers idé om at feilstilte virvlers trykk på nerver er årsaken til omtrent alle sykdommer. De hevder at dette er en foreldet teori som kiropraktorene har gått bort fra i tråd med utviklingen av kunnskap på området. Kiropraktorenes eget bidrag til behandling av ryggpasienter som gjør dem distinkte fra legebehandling er «det kiropraktiske håndgrep».

Jeg skal se nærmere på konfrontasjonene i noen av de fem høringsmøtene som ble arrangert i forbindelse med arbeidet i utvalget. Disse er valgt ut fordi de viser legenes forsøk på å opprettholde deres kontroll over diagnose og retten til å bruke avansert medisinsk utstyr (røntgen). De handler dermed om å beskytte profesjonens autoritet.

### 3.3. UTFORDRING AV LEGERS EKSPERTAUTORITET<sup>25</sup>

Freidson (1988) definerer en profesjon som en yrkesgruppe som har oppnådd å kontrollere innholdet av eget arbeid på grunn av dens ekspertise og som har en spesielt høy status og tillitsverdighet i samfunnet på grunn av sin profesjonsetikk. Kontrollen over innholdet i eget arbeid handler om at de har oppnådd retten til å styre både over utviklingen av kunnskap og innholdet i eget arbeid, uten lekfolks inngripen. Freidson hevder videre:

«the professional has gained a status which protects him from outside scrutiny and criticism and which grants him extraordinary autonomy in controlling both the definition of the problems he works on and the way he performs his work» (ibid, s. 337).

---

Zealand. Denne rapporten førte til at kiropraktorer ble autorisert i New Zealand. Av NOU 1985:10 kommer det frem at rapporten ble lagt frem for det norske utvalget av kiropraktormedlemmene. Tre av vedleggene i NOU 1985:10 skrevet av norske professorer, tar utgangspunkt i den nevnte rapport fra New Zealand og kritiserer den på flere punkter. Hovedkritikken går på at man i rapporten kommer med udokumenterte påstander om at kiropraktikk har effekt ved andre tilstander enn ryggglidelser, slik som migrene og hørselstap. Denne rapporten ser imidlertid ikke ut til å ha spilt noen stor betydning for det norske utvalgets konklusjon og fremstår mer som enn symbolsk sak, siden kiropraktorene i utvalget ikke noe sted går inn for å utvide det kiropraktiske virkeområde til andre plager enn ryggglidelser.

<sup>25</sup> Det bør nevnes at det i utredningen også kommer til uttrykk en profesjonsstrid mellom kiropraktorer og fysioterapeuter. Denne profesjonsstriden har jeg valgt å ikke kommentere videre, både fordi den er blitt tildelt relativt liten plass i utredningen og fordi tema for oppgaven er avgrenset til legeprofesjonen i relasjon til alternativ behandling.

Dette punktet gjelder også for legers behandling av ryggplager på den tiden da utredningen ble skrevet. Av utredningen går det frem at legeprofesjonen har utviklet avansert diagnostikk basert på røntgen, og at de har utdannet spesialister innen kirurgi som opererer mellom 2,5 – 3 % av alle ryggpasienter. Kravet om å utgjøre den mest sikre autoritet på behandling av ryggpasienter, og statusen som sørger for at de blir beskyttet mot kritikk fra utenforstående, blir truet av kiropraktors økende suksess i behandling av ryggpasienter i samfunnet, og i dette konkrete tilfellet av den politiske støtten til autorisasjon av kiropraktorer. Dette er en sentral grunn til legers kritikk mot kiropraktorer. En annen grunn er at manipulasjonsbehandling både teknisk og kunnskapsmessig er fremmed teknikk for legene. Professor i medisin Henrik Weber forklarer legers skepsis til manipulasjonsbehandling slik i innledningen til vedlegg 16:

«Manipulasjonsbehandling skiller seg ut fordi effekten umiddelbart kan være bedre enn ved andre behandlingsformer og fordi uklare indikasjoner, uforståelig virkningsmekanisme, vanskelig teknikk og betydelig placebo-effekt leder til forvirrende og motstridende følelser hos legen.» (Weber i NOU 1985:10, s. 77).

### 3.3.1. KONTROVERSER I FORBINDELSE MED HØRINGSMØTENE UNDER ARBEIDET MED UTREDNINGEN

Da utvalget ble opprettet brukte kiropraktorene eget røntgenutstyr til å stille diagnose. Men de ble møtt med uformelle sanksjoner hvis de forsøkte å rekvirere røntgen fra sykehus: «det var vanlig praksis ved sykehusenes røntgenavdelinger og ved private røntgeninstitutt, å nekte utlevering av bilder til kiropraktorer» (ibid, s. 17). Bruk av de spesialiserte røntgentjenestene ved sykehus kan betraktes som et viktig symbol på legeprofesjonens prestisje, og å nekte kiropraktorene tilgang til røntgenbilder handler om å forsvare denne prestisjen. I et av høringsmøtene møttes kiropraktorer og røntgenologer med den hensikt å vurdere kiropraktorenes ferdigheter i å tolke røntgenbilder. Flertallet i utvalget mente at dette høringsmøtet beviste at kiropraktorene utviste dyktighet ved tolkning av røntgenbilder, og at flere av legestandens påstander om kiropraktorenes manglende ferdigheter på området ble motbevist. Ifølge kiropraktorene i utvalget mente røntgenologene som deltok på høringsmøtet at: «det kun var manglende autorisasjon som forhindret kiropraktorene i å kunne rekvirere røntgenbilder ved røntgeninstitutter og sykehus». I vedlegg 13, som er et brev om kiropraktors røntgendiagnostikk undertegnet av seks professorer i medisin på vegne av norsk Radiologiforbund, hevdes det derimot at: «I vår praksis

støter vi stadig oftere på røntgenbilder tatt av kiropraktorer, som inngir sterk tvil om kiropraktorenes kompetanse» (ibid, s. 71). Den faglige vurdering som lå til grunn for å tillate kiropraktorer å bruke røntgen må «gjøres til gjenstand for revisjon» (ibid, s. 71), og det bør forlanges vitenskapelig dokumentasjon på at kiropraktorens diagnostikk på grunnlag av røntgenbilder er korrekt.

I et annet høringsmøte ble utvalgsmedlemmene invitert til å observere praksisen til utøvende kiropraktor Trond Soot. Under møtet oppstod det en «meningsutveksling», les en krangel, mellom leger og kiropraktorer om undersøkelsesteknikk og diagnostikk. Om dette møtet skriver legene at de «ble lite overbevist» (ibid, s. 43). De hevder at Trond Soot ikke fulgte vanlige medisinske standarder i undersøkelsen og at han ga diagnoser som legene fant «lite overbevisende» (ibid, s. 73). Hos den ene av pasientene var smertene i bevegelsesapparatet, ifølge legene, trolig relatert til psoriasis. «Dette er imidlertid ingen helt enkel diagnose å stille for en som ikke har tilstrekkelig klinisk erfaring.» (ibid, s. 43). De to andre pasientene hadde plager som ifølge legene var forenlige med belastninger av bevegelsesapparatet i arbeidssituasjonen, men om arbeidssituasjonen var årsak til lidelsene ble ikke vurdert av kiropraktoren. To vedlegg gir tilsvar på legenes påstander om dette møtet. Vedlegg 17 er et brev fra Tor Bryhn, pasienten som legene mente hadde psoriasis. Bryhn kan fortelle at han har hatt ryggplager i tyve år, men at det aldri har vært påvist psoriasis. Han avslutter brevet med å fastslå: «Kiropraktisk behandling har vært det mest effektive for mine ryggplager» (ibid, s. 82). Annen del av vedlegg 17 er et brev fra kiropraktor Trond Soot. Han imøtegår legenes påstand om at han ikke vurderer pasientenes arbeidsstilling og kan fortelle at han under anmaneseopptak i alle år har spurt ut pasientene om belastninger på kroppen i arbeidssituasjonen.

Under et annet høringsmøte ble det innkalt spesialister i medisin til å komme med uttalelser om kiropraktikk. Hovedtaleren var kiropraktor, lege og professor i nevrologi Scott Haldemann. Ifølge kiropraktorene er Haldemann en av kiropraktorenes fremste talsmenn og han: «ga en grundig og ærlig fremstilling av problemene omkring forholdet lege-kiropraktor» (ibid, s. 31). Dr. Kåss er derimot ikke imponert over Haldemanns foredrag, han fant at det ikke var «av noen stor medisinsk verdi» (ibid, s.

44). Haldemann forenklet ifølge Kåss kompliserte problemstillinger, han var for lettvtint i fremstillingen av et vanskelig tilgjengelig fagfelt.<sup>26</sup>

I alle tre tilfeller ser vi at enten legers krav om spesielle ferdigheter når det gjelder diagnostikk eller kunnskap om rygglidelser, blir utfordret av utenforstående. Denne utfordringen møter spesialistene og forskerne med å gå til et krast motangrep på dem som utfordrer dem ved å anklage dem for feildiagnostikk, eller for «forenkling av kompliserte problemstillinger». Men høringsmøtet om røntgendiagnostikk avdekker at det ikke er konsensus om kiropraktorenes feildiagnostikk innad i legeprofesjonen. De som deltok i møtet der kiropraktorene ble vurdert har en mer positiv vurdering av kiropraktorene enn spesialistene som mener å ha observert feil bruk av røntgendiagnostikk. Legenes moralsk ladede anklager om feildiagnostisering av pasienten Tor Bryhn, og om kiropraktorens manglende vurdering av betydningen av arbeidssituasjonen, blir imøtegått av pasienten selv og av kiropraktoren. Av vesentlig betydning er det at de to lekfolkene i utvalget i hovedsak støtter kiropraktorenes fremstilling av saken. Legene lykkes dermed ikke i å overbevise utenforstående om deres faglige autoritet, og dermed heller ikke deres krav om politisk makt på grunn av faglig autoritet.

Som Freidson påpeker blir legeprofesjonens kunnskap om sykdom og kur regnet som «definitive and authoritative» (Freidson, 1988, s. 5). Freidson går enda lenger og hevder at medisinsens posisjon kan sammenlignes med posisjonen til statsreligionen før sekulariseringen, «it has an officially approved monopoly of the right to define health and illness and to treat illness» (ibid, s. 7).

Det er nærliggende å tolke legenes angrep som et forsøk på å bruke egen ekspertautoritet til å opprettholde deres unike samfunnsmessige status. Men de lykkes ikke i dette, verken overfor de nøytrale medlemmene av utvalget, eller overfor kiropraktorene.

---

<sup>26</sup> Scott Haldemann er for øvrig i dag medlem av editorial board i det anerkjente legevitenskapelige tidsskriftet *Spine*, tidsskriftet der Indahl fikk publisert sin artikkel om ryggbehandling som varsler et paradigmeskifte innen legevitenskapen i behandling av ryggplager.

### 3.3.2. VITENSKAPELIGE KONTROVERS I UTREDNINGEN

Legenes utgangspunkt er at de er de kompetente og legitime eksperter i vurderingen av kiropraktorenes virksomhet og effekten av den behandling de tilbyr. Generelt sett støtter legene i utvalget uttalelsene fra alle deres kolleger, mens de avfeier påstander fra annet hold som uvitenskapelige eller forenklinger. De hevder at kiropraktikk ikke har dokumentert effekt, at kiropraktisk behandling medfører stor risiko for alvorlige bivirkninger, og de fremhever at det finnes kiropraktorer som tror de kan behandle alt, noe som brukes til å mistenkeliggjøre alle kiropraktors virke. I tillegg har utredningen 19 vedlegg, hvorav fire består av legevitenskapelig ekspertise som i krasse ordelag hevder at kiropraktikk kan gi alvorlige bivirkninger. I deres særuttalelse stiller legene seg videre spørsmål om kiropraktikken utgjør et verdifullt behandlingsalternativ til den medisinske profesjon. De svarer nei på dette spørsmålet, og begrunner svaret med henvisning til arbeid publisert i legevitenskapelige tidsskrift der konklusjonen er at placebo ikke har en effekt sterkere enn placebo. De unnlater å kommentere kiropraktoren Øyvind Stokkes undersøkelse som viser at cirka 89 % av kiropraktikk pasientene i årene 1970-72, opplevde at de ble bedre. De kommenterer heller ikke tre trygdemedisinske undersøkelser fra USA som kiropraktorene har forelagt komiteen. Disse tre er en undersøkelse av Arbeidernes trygdekasse i Oregon, en undersøkelse av Arbeidernes trygdekasse i Florida, og en undersøkelse utført av lege Richard Wolf ved «California divisjon av arbeidsstatistikk og forskning». Alle disse undersøkelsene dokumenterer at ryggpasienter som har gått til kiropraktorer har kortere tapt arbeidstid sammenlignet med pasienter som har gått til behandling hos lege. Dessuten viser en av undersøkelsene både at kiropraktors behandling er billigere, og medfører mindre bruk av røntgenundersøkelse.

Bruken av studier fra legevitenskapelige tidsskrift er et tveegget sverd fordi de kun viser at kiropraktikk tilsynelatende ikke er mer effektivt en legevitenskapelig behandling. Flere steder må legene i utvalget vedgå at legeprofesjonen mangler gode tilbud til pasienter med ryggplager. På tross av at kiropraktorene angriper legeprofesjonens praksis i behandling av ryggpasienter, bryr ikke legene seg om å forsvare det nyttige ved egen behandlingspraksis og gyldigheten av egen kunnskap. Flere steder i deres særuttalelse hevder de at ingen andre enn medisinsk utdannete egentlig er kompetente til å vurdere de kompliserte medisinske spørsmål som angår

ryggbehandling. Professor i nevrologi Ragnar Nesbakken, går enda lenger enn de to legene i utvalget når det gjelder den politiske betydningen av legevitenskapelig ekspertkompetanse:

«Legene i utvalget (professor, dr. med. Erik Kåss og spesiallege , dr. med. Dagfinn Gedde-Dahl) kan etter min mening ikke sies å ha spesiell innsikt eller erfaring med den pasientgruppe som søker kiropraktorenes behandling. Det er derfor min oppfatning at utvalget etter sin sammensetning er uten tilstrekkelig kompetanse til å autorisere nok en yrkesgruppe til behandling i Norge».(NOU 1985:10, s. 59)

En stor del av kiropraktorenes særuttalelse går ut på å forsvare egen praksis i møte med påstander fra legevitenskapelig hold om at kiropraktikk medfører alvorlige bivirkninger og at kiropraktorer. Det er interessant å merke seg at når det gjelder forsvar mot påstander om bivirkninger av kiropraktikk, viser de til medisinsk ekspertlitteratur med en annen konklusjon enn de legene refererer til. Tilsvarende poeng gjelder for deres tilsvarende til enkelteksperter angrep på kiropraktikk som behandlingsform. I flere tilfeller avdekker de intern uenighet mellom ekspertene når det gjelder for eksempel synet på bivirkninger av kiropraktisk behandling. Et typisk eksempel i så henseende er deres tilsvarende til professor dr. med. Ottar Sjaastads påstander om bivirkninger av manipulasjonsbehandling. I vedlegg 10 hevder Sjaastad at han selv har erfart alvorlige skadevirkninger av kiropraktisk behandling:

«Vi har iaktatt store skadevirkninger der årsaksforholdene etter vår mening er ganske klare, og det samme er tilfellet med en rekke andre kolleger som jeg har hatt kontakt med i den anledning» (NOU 1985:10, s. 67).

I deres tilsvarende påpeker kiropraktorene for det første at det kun er en løs påstand som ikke er dokumentert. De viser dermed at de aksepterer legeprofesjonens krav til vitenskapelige bevis og bruker dette mot dem. For det andre viser de til at overlegen ved nevrokirurgisk avdeling ved samme sykehus, motsier Sjaastads påstand i et brev til Lægeforeningen. Overlegen «kan ikke huske» å ha observert tilfeller av skadevirkninger ved manipulasjon på egen avdeling. Dette er et av flere eksempler på bruk av ekspertautoritet til å underbygge løse påstander om skadevirkningene av kiropraktikk som avdekkes av kiropraktorene i utvalget. I deres tilsvarende til professor Ragnar Nesbakken som mente at utvalget ikke var faglig kompetent til å autorisere kiropraktorer, går kiropraktorene inn på grensene for Nesbakkens kompetanseområde. De viser gjennom statistiske undersøkelser at kun 4 % av alle ryggpasienter havner



hos spesialister av Nesbakkens type, og dermed at Nesbakken ikke har generell faglig autoritet når det gjelder rygglidelser. Samlet sett går kiropraktorenes kunnskapspolitik ut på å bruke deres grundige kjennskap om interne forhold i legevitenskapen, til å påvise motstridende uttalelser, eller å påvise at den enkelte spesialist uttaler seg på områder som går utover hans spesielle kompetanseområde.

I tillegg angriper de legeprofesjonens virksomhet gjennom egne undersøkelser, samt med henvisning til blant annet bivirkningskomiteen<sup>27</sup>. I beskrivelsen av bivirkningskomiteen siterer de komiteens egen formann professor Christian Borchgrevink som påpeker at bivirkninger av legemidler og legebehandling er underrapportert, og at det derfor sannsynligvis er store mørketall når det gjelder alvorlige bivirkninger av medikamenter og medisinsk behandling i Norge. Det gjelder trolig også medikamenter som brukes mot rygglidelser. I forbindelse med arbeidet i utvalget har Norsk Kiropraktor Forening utført en statistisk undersøkelse av pasienter som blir henvist til dem fra lege. (NOU 1985:10, s. 70). Her avdekker de at mange leger ikke undersøker ryggpasientene skikkelig. Kun halvparten av pasientene ble undersøkt av legene før de ble henvist til kiropraktor. Cirka 11 % ble henvist etter en telefonsamtale. Av de som ble undersøkt ble kun cirka 37 % avkledd, de øvrige ble undersøkt for ryggplager med klærne på. Samlet sett er dette en strategi for svekke legestandens troverdighet som profesjon gjennom å vise avstanden mellom ideal og realitet både når det gjelder behandling og når det gjelder profesjonsetikk. Samtidig må det påpekes at innholdet i denne statistikken viser at legene opplever usikkerhet og ubehag i møte med ryggpasienter, og det viser at legene opplever at det er lite de kan gjøre for denne pasientgruppen.

I kapittelet med tittelen «The limits of Professional Knowledge» vurderer Freidson (1988) de legitime grensene for legers ekspertautoritet. Freidson hevder at for å evaluere eksperten må en evaluere relasjonen mellom praksis og kunnskap. Ifølge Freidson er det videre et generelt problem at legevitenskapelige eksperter ofte uttaler seg med skråsikkerhet om tema der ekspertens utsagn er basert på personlig erfaring

---

<sup>27</sup> Den heter i dag Bivirkningsnemden, og er et rådgivende utvalg for Statens legemiddelkontroll. Nemden har som oppgave å: «registrere, vurdere og avgi uttalelser til Statens legemiddelkontroll i spørsmål vedrørende bivirkninger og komplikasjoner» (Store Norske Leksikon).

og ikke systematisk kunnskap. I møte med eksperters uttalelser i et spørsmål med politiske innslag bør lekfolk stille seg spørsmålet om hvordan den sosiale og økonomiske organisering av legens arbeid blant annet påvirker hans utvalg av eksempler. Kiropraktorene demonstrerer i denne utredningen i praksis hvordan lekfolk kan bruke kunnskap om organiseringen av legeprofesjonen, samt en kritisk og konkret vurdering av faglig autoritet, til å avgjøre de legitime grensene for legevitenskapelige autoriteter i et politisk spørsmål. Det blir derfor alt for enkelt slik som Andersen (2000) gjør i sin hovedoppgave, å kun konstatere at kiropraktorene er en yrkesgruppe som er utsatt for symbolsk vold fra legenes side. Saken viser rett nok at legeprofesjonen, her representert av spesialister og forskere innen legevitenskapen, forsøker å opprettholde deres unike juridiske status når det gjelder behandling av ryggpasienter. Deres strategi går ut på å forsøke å få politikere, og de nøytrale medlemmene av utvalget, til å akseptere at de er de eneste som har den tilstrekkelige faglige kompetanse til å uttale seg om spørsmålet. Men gjennom en bevisst kunnskapspolitikkk lykkes kiropraktorene å oppnå deres politiske mål om autorisasjon, på tross av motstand fra legeprofesjonen med dens mektige talsmenn sentralt posisjonert i departement og helsedirektorat.

### 3.3.3. SPENNINGEN MELLOM VITENSKAP OG PROFESJON

Som vist ovenfor kommer det til uttrykk at legeprofesjonen forsvarer dens monopol på å være den eneste gyldige ekspertautoritet i møte med folks ryggplager. Dette bildet er imidlertid ikke entydig. Som nevnt vedgår legene i utvalget flere steder at ryggfeltet er preget av mangel på kunnskap og effektiv behandling. Den ene av de legevitenskapelige ekspertene som har valgt å uttale seg om saken i et vedlegg i innstillingen, spesiallege dr. med Henrik Weber, forteller at legevitenskapen mangler kunnskap om rygglidelser (NOU 1985:10, s. 77 – 81). Weber skriver at ryggbehandling er «frustrerende» fordi det ikke finnes noen veldokumentert behandlingsform og dessuten at man «foreløpig ikke har funnet frem til akseptable diagnostiske kriterier». Henrik Weber blir vist til som en faglig autoritet både av legene og kiropraktorene i utvalget. Det er dermed ikke samsvar mellom den legevitenskapelige kunnskap om egen mangel på kunnskap, og legeprofesjonens diagnose og behandling av ryggpasienter. Legeprofesjonens krav om enerett på å behandle ryggpasienter og posering som forsvarene av vitenskapelig rasjonalitet fremstår dermed i et underlig lys, og man aner at saken egentlig handler om noe annet

en vitenskap versus irrasjonalitet. Hvorfor behandler og diagnostiserer legeprofesjonen ryggpasienter når det går frem av flere kilder med legevitenskapelig autoritet at det i mange tilfeller ikke er vitenskapelig grunnlag for verken diagnose eller behandling? Og hvorfor de krasse angrepene på kiropraktorers manglende evne til å diagnostisere og behandle, når flere av legevitenskapens representanter vedgår at de mangler tilstrekkelig kunnskap til å kunne dømme om flertallet av akutte rygglidelser? Noen påstander om selve arbeidet med utredningen fra kiropraktorer, og fra de to nøytrale medlemmene av utvalget, kan brukes til å kaste lys over hvilke mekanismer som hindrer legeprofesjonens erkjennelse av at de mangler kunnskap.

Kiropraktorene i utvalget oppsummerer arbeidet med utredningen slik: «Imidlertid har disse medlemmer i løpet av fire og et halvt års arbeid, aldri sett det klarere demonstrert hvordan legestanden med manglende saklighet forlanger den strengeste saklighet av kiropraktorene.» (NOU 1985:10, s. 31) Det avgjørende er at de to nøytrale medlemmene i utvalget eksplisitt gir støtte til kiropraktorenes fremstilling av saken. De skriver også: «Disse medlemmer kan således ikke se bort fra at det fra legehold gjør seg gjeldende betydelige fordommer overfor denne gruppe yrkesutøvere.» (ibid, s. 47) og de beskriver legenes påstander om faren for bivirkninger ved kiropraktisk behandling som «løse» og «udokumenterte».

Om krassheten i disputten mellom leger og kiropraktorer kommer de nøytrale medlemmene av utvalget med følgende merknad: «Slik disse medlemmer ser det gir de to foregående uttalelser uttrykk for en større avstand i syn mellom legene og kiropraktorene enn disse medlemmer har opplevet under utvalgets arbeid.» (ibid, s. 47). Uttalelsen antyder at gjennom arbeidet med utvalget har de to representantene for legeprofesjonen måttet konfrontere egne fordommer og innta et mer nøytralt ståsted i møte med kiropraktorer. Men deres kolleger innenfor legestanden har ikke endret mening i løpet av den samme periode, og de to blir dermed møtt med et sterkt press om å forsvare legeprofesjonen og å angripe kiropraktorene. Manglende støtte til inngruppens fordommer kan lett føre til at en blir sosialt utstøtt. Legene i utvalget blir dermed splittet mellom krav om lojalitet til legeprofesjonen på den ene siden, og et krav om saklighet og forpliktelser overfor arbeidet i utvalget på den andre. Denne ambivalensen kommer til uttrykk i motsetningen mellom deres krasse uttalelser i egen særuttalelse, og det at de likevel støtter forslaget om å autorisere kiropraktorer. Denne

ambivalensen kommer også til uttrykk i avslutningen av legers særuttalelse ved at de nærmest fraskriver seg ansvaret for den utredningen de selv har arbeidet med i fem år gjennom å fremheve hvor viktig det er med en høringsrunde der alle store legevitenskapelige autoriteter må trekkes inn:

«Disse to medlemmer mener at innstillingen omhandler så kompliserte medisinske og multidisiplinære spørsmål, at en bredest mulig vurdering er nødvendig før de endelige beslutninger fattes. Riktignok har vi under arbeidet kontaktet ulike medisinske sakkyndige, men dette var nødvendigvis før den endelige uttalelse var ferdig.» (ibid, s. 46)

Tilsvarende ambivalens kommer til syne i den interne uenigheten mellom røntgenologene som deltok på høringsmøtet, og de seks røntgenologene som i deres høringsuttalelse hevder at kiropraktorene er inkompetente når det gjelder å stille røntgendiagnose. De krasse angrepene på kiropraktorene fremstår dermed som et symbolsk forsøk på å markere lojalitet overfor ryggspesialistene innenfor legevitenskapen, og overfor legeprofesjonens interesser. Tilknytningen til profesjonen fremstår i dette tilfellet som et hinder for en vitenskapelig tilnærming til ryggplager i samfunnets interesse.

Det skulle gå klart frem at dette ikke handler om bevisst «bedrag» fra legenes side, men om ideologi og profesjonens status i samfunnet. Inkonsistensen mellom Henrik Webers utsagn om manglende kunnskap, og andre spesialisters skråsikre uttalelser om den rette ryggbehandling, viser til en spenning mellom legevitenskap og legeprofesjon. Ifølge Merton (1973) er naturvitenskapens etos universalisme, fellesskap redelighet og organisert skepsis. Vitenskapens etos er det kompleks av affektivt betonte normer som er bindende for forskeren. Universalisme handler blant annet om at en er forpliktet til å skille mellom opphav og gyldighet og dermed avvise at en persons kunnskap avhenger av etnisitet, kjønn, religion eller rase. Fellesskap handler om at kunnskap er en felles eiendom, og om ydmykhet i forhold til ens egen avhengighet av andres bidrag. Redelighet handler om intellektuell ærlighet og integritet og motsatt å unngå fusk eller selektiv bruk av data eller kilder. Organisert skepsis handler om å stille spørsmål ved alle tradisjonelle og kulturelt gitte forestillinger, og ikke akseptere noen forestilling som hellig og dermed unntatt for granskning. Hvis en betrakter legevitenskapen som en del av et naturvitenskapelig fellesskap, er den preget av naturvitenskapens etos. Henrik Weber er til styrt av det

naturvitenskapelige etos når han uttaler at legevitenskapen er preget av uvitenhet om ryggplager. Han er forpliktet til sannheten for å beholde sin faglige integritet overfor sine legevitenskapelige fagfeller. Ifølge Merton (1973) kommer normen om organisert skepsis i psykologisk konflikt med mange av samfunnets institusjoner som for det meste krever «ukvalifisert tro» på institusjonens symboler og verdier. Kiropraktorsaken viser at legevitenskapen i dette tilfellet er sterkt selektiv i anvendelse av normen om organisert skepsis, de anvender den overfor kiropraktorer men kun i liten grad overfor kollegers kunnskap og praksis. De stiller i liten grad spørsmål ved gitte sannheter innenfor legevitenskapen, og om bivirkninger ved eget virke. Dessuten bryter de med normen om redelighet blant annet ved å overdrive bivirkningene av kiropraktikk. Det er grunn til å hevde at hvis en betrakter legevitenskapen som en del av en profesjon er den preget av verdier som kollegialitet og lojalitet, og en «ukvalifisert tro» på den egne profesjons verdier, praksis, kunnskap og virke i samfunnet. Denne spenningen mellom et naturvitenskapelig etos og et etos for legeprofesjonen er et generelt poeng når det gjelder å forstå legeprofesjonens virke i samfunnet.

Når det gjelder å forstå denne saken spesielt er det relevant å trekke Freidsons analyse av problemene ved anvendt kunnskap. Legers medlemskap i en profesjon gir dem en spesiell rolle som består i å representere det vitenskapelige. I tillegg innebærer rollen et løfte om å hjelpe folk som kommer til dem med helseproblemer. På grunn av det sistnevnte er leger moralsk forpliktet til intervensjon selv med mangel på sikker kunnskap: «This occurs because by definition medicine is a consulting or practicing profession rather than a scientific or scholarly profession.» (Freidson, 1988, s. 346). Dermed blir diagnostikkens og den medisinske teknologiens rolle å mystifisere behandlingen av ryggpasienter for å skape et inntrykk av kompetanse og kunnskap overfor befolkningen, eller med andre ord å skjule uvitenhet.

Som vi skal se i delkapittel 3.5, begynte flere eksperter arbeidet med å omorganisere legeprofesjonens ryggbehandlingstilbud i 1987, ut fra en erkjennelse av svikt ved det eksisterende tilbudet, både organisatorisk og kunnskapsmessig. Jeg skal beskrive og analysere den senere utvikling og strid innenfor legeprofesjonens tilnærming til rygglidelser i dette delkapittelet. Men først skal jeg bruke nye forskningsresultat til å

belyse de faglige årsakene til at kiropraktorer har lyktes som ryggbehandlere i samfunnet.

### 3.4. KIROPRAKTIKKENS FUNKSJON: TRYGGHET OG AKTIVITET

Ovenfor viste jeg at allmennpraktiserende leger tenderer mot å vise usikkerhet i møte med ryggpasienter. Legene i utvalget viser til en forskningsrapport publisert i *Lancet* der effekten av kiropraktikk ble sammenlignet med effekten av legebehandling av pasienter med «ryggvondt». I denne rapporten konkluderte forfatterne med at det ikke var noen signifikant forskjell mellom de to gruppene når det gjelder både hurtighet og grad av bedring. Av rapporten kommer det imidlertid frem at pasientene som fikk behandling hos kiropraktorene var oftere fornøyd med behandlingen på grunn av at de fikk bedre forklaring på ryggsmertene. Legene hadde derimot større problemer med å gi en forklaring på ryggsmertene på grunn av mangelen på kunnskap om årsaksforhold. Både den dette fakta, og den politiske støtten til kiropraktikk i hendelsen ovenfor, avdekker at kiropraktorene har stor tillit i befolkningen. I dette delkapittelet skal jeg kort analysere denne høye tilliten som et resultat av hva slags funksjon kiropraktorene har overfor pasientene.

I 1995 publiserte overlege Aage Indahl en artikkel i det anerkjente legevitenskapelige tidsskriftet *Spine* som har vakt oppsikt i legevitenskapelige miljøer når det gjelder behandling av ryggpasienter med akutte korsryggmerter (subchronic low back pain). Akutte korsryggmerter utgjør 90 % av all ryggsykkelighet (Berg, 2003, s. 25). Av Indahls utsagn om egen forskning går det frem at det god ryggbehandling av akutte korsryggmerter handler om hjelp til selvhjelp. For det første må legen gi pasienten en god forklaring på ryggsmertene, for det andre at de må be pasienten om å holde seg i lett aktivitet. Disse rådene er også konklusjonen i et kontrollert klinisk forsøk i behandling av ryggpasienter med smerter i korsryggen, utført av en tverrfaglig gruppe med legene Aage Indahl, Haldorsen, Holm og Reikeras samt psykolog Holger Ursin:

«This study indicates that subchronic low back pain may be managed successfully with an approach that includes clinical examination combined with information for patients about the nature of the problem, provided in a manner designed to reduce fear and give them reason to resume light activity.» (Indahl et al, 1998, s. 2265)<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Ifølge IsiWeb of Science har studien blitt referert i 21 artikler siden 1998, noe som indikerer at den har hatt innflytelse på forskningsmiljøet.

Artikkelen fra 1995 er blitt sitert 101 ganger, mens artikkelen i Spine fra 1998 med tittelen «Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain» om samme tema og med samme budskap er blitt sitert henholdsvis 21 ganger.<sup>29</sup>

Med andre ord er konklusjonen en vitenskapelig begrunnelse for hvorfor leger kun skal gi placeboeffekten ved denne type ryggmerter. Merk at i konklusjonen inngår designet på hvordan en foretar den kliniske undersøkelsen som en viktig faktor for å lykkes i å redusere frykt for ryggplagene. Legens ferdigheter i pasientbehandling blir dermed en egen uavhengig variabel i det kliniske eksperimentet, i motsetning til hva som er konvensjonen: å betrakte legens rolle som placebo, og dermed en faktor som ikke er interessant å forske på.

Trygghet og oppfordring til lett aktivitet er den beste behandling ifølge Indahl. Som påpekt avdekkes det i NOU 1985:20 at leger i mindre grad enn kiropraktorer lykkes i dette. I tillegg fremgår det av NOU 1985:10 (s. 80) at sengeleie på den tiden var vanlig behandling ved akutte korsryggmerter (lumbago) innenfor legeprofesjonen. Ergo, kiropraktorenes suksess kan forstås både som en svakhet ved legeprofesjonens tilnærming til ryggpasienter, og som et resultat av kiropraktorenes gode ferdigheter når det gjelder møtet med pasienten. I de nye kliniske retningslinjer for akutte korsryggmerter utarbeidet på grunnlag av den nye viten som blant annet Indahl har bidratt til, kan en lese at det er solid vitenskapelig dokumentasjon på at manipulasjon kan «forkorte varighet av smerte, øke aktivitetsnivå og gi økt pasienttilfredshet sammenlignet med kontrollintervensjoner. Risiko ved manipulasjon er meget lav når den utføres av kvalifisert terapeut» (Nasjonalt ryggnettverk, 2002, s. 28).

Kiropraktorenes troverdige, men forenklete og muligens feilaktige fortelling om årsaken til ryggsmertene ved akutte korsryggmerter og lignende tilstander, har vært

---

<sup>29</sup> Antallet ganger en artikkel blir sitert er en viktig indikator på dens status innenfor vitenskapen. Informasjon om antall sitater er hentet fra IsiWeb of Science, en forskningsdatabase som er fritt tilgjengelig via Universitetsbibliotekets hjemmesider. Strengt tatt burde det ha vært sjekket om de som har sitert artikkelen, har brukt den positivt og dessuten om sitatene er fra artikler publisert i tidsskrift med høy vitenskapelig status. Det er ikke gjort.

funksjonell fordi den har gitt kiropraktorene en trygghet i møtet med pasienten. Som vist ovenfor har de i stor grad greid å overføre denne tryggheten til pasientene. Her er det relevant å trekke inn Malinowskis modell for hvit magi. I møte med en truende situasjon utenfor pasientens kontroll brukes magi til å gi psykologisk trygghet slik at en kan bruke rasjonelle midler til å oppnå det ønskede mål. I dette tilfellet er målet å bli god fra ryggledelsen og middelet er å holde seg i aktivitet. Magien består den selvsikre fortellingen om årsaken til ryggledelser på tross av den egentlige mangelen på vitenskapelig kunnskap. Dessuten må det påpekes at det er en allmenn oppfatning at kiropraktorer «kan rygg» (Sandvik, 1989) (allmennpraktiserende lege Eivind Vestbø i privat epost). Ifølge den amerikanske kiropraktoren Samuel Homola har også selve det kiropraktiske håndgrepet først og fremst en placebofunksjon: «Dette slaget mot ryggen som skaper kneppelyden i virvlene, har en enorm psykologisk påvirkning på bevisstheten til så vel den friske som den syke pasienten. Mens denne kneppelyden i seg selv er fullstendig meningsløs (som å ”knekke” knokler) kan dens påvirkning nyttes til å kurere psykosomatiske lidelser...» (siteret i Sandvik, 1989, s. 83).

### 3.5. PARADIGMESKIFTE I RYGGFORSKNINGEN

Som vist ovenfor har senere forskning innen legevitenskapen stilt spørsmål ved de organiske modellene for ryggplager, og startet utviklingen av en ny modell som betegnes ”subjektive helseplager”. Jeg vil starte dette delkapittelet med en beskrivelse av det faglige opphavet til den nye modellen, og av organisatoriske forskjellene mellom forskersamfunnene knyttet til henholdsvis den organiske modellen og modellene ”subjektive helseplager”. Hvordan tolker forkjemperne av det nye paradigmet og relasjonen mellom det vitenskapelige etos og legeprofesjonen? Hvilke reaksjoner blir de møtt med av forsvarerne av det gamle paradigme?

#### 3.5.1. FORHISTORIE OG SENTRALE AKTØRER

Det er ikke plass til å gå grundig inn på den interessante historien om historien bak de to forskningsmiljøene som har konkurrert om forskningsmidler, og om å få definere det norske helsevesenets organisatoriske og kunnskapsmessige tilnærming til ryggplager. Jeg skal bare kort bruke Ole Bergs rapport «Kunnskap og politikk: En evaluering av nasjonalt ryggnettverks virksomhet fra 1999-2003» til å gjengi noen hovedpunkt som utgjør en viktig bakgrunn for å forstå debatten som skal analyseres under.



Ryggspesialisten Håkon Lie tok initiativ til å bygge opp et mer samordnet behandlingstilbud for ryggpasienter i 1987<sup>30</sup>. I samarbeid med blant annet ovennevnte ryggspesialist dr. med Henrik Weber, dannet Lie en flerfaglig poliklinikk i 1989. Klinikken ble lagt ned allerede i 1990, men den var likevel et signal om at «flere disiplinspesialister tok ryggfeltet mer alvorlig» (Berg, 2003, s. 52). I 1991 ble Ryggforskningsforeningen stiftet, den var dominert av disiplinspesialister innen nevrologi og nevrokirurgi. Denne foreningen kom snart til å spille en viktig rolle både politisk og administrativt. I en rapport av foreningen fra 1994, med tittelen «Strukturering av ryggomsorgen i Norge», skisserte man planer for å opprette fora for samarbeid internt i førstelinjetjenesten, mellom første- og andrelinjetjenesten og for å koordinere de ulike spesialistenes tilnærming til ryggpasienter. De foreslo videre å opprette et flerfaglig kompetansesenter med spesialister som skulle være «ryggomsorgens forskningssenter og referansesenter» (ibid, s. 52). Det skjedde så lite før 1997, da disse tiltakene ble ført videre av en «arbeidsgruppe oppnevnt av Statens helsetilsyn, det statsorganet det organiske ryggmiljø var nærmest knyttet til.» Fortsatt var de som tok initiativ dominert av spesialister. Arbeidsgruppen formulerte konkrete forslag til oppretting og finansiering av både tverrfaglige poliklinikker og kompetansesenteret i form av en sluttrapport som ble sendt til departementet. Men gruppen tok for lett på hvordan forslagene skulle gjennomføres i praktisk politikk.

I mellomtiden hadde det oppstått en konflikt mellom Statens Helsetilsyn og Sosial- og Helsedepartementet når det gjaldt tilknytning til fagmiljø innenfor ryggspørsmålet. Mens Sosial- og Helsetilsynet kjempet for å få gjennomslag for Ryggforskningsforeningens forslag, var det knyttet nære forbindelser mellom Sosial- og Helsedepartementet og en gruppe av fagfolk som var samlet i Evaluering- og rådgivningsgruppe for ryggpasienter (ERG). Denne gruppen ble opprettet da en representant for departementet møtte en rekke fagfolk med Aage Indahl i spissen på en konferanse om ryggforskning i 1994. På konferansen presenterte Indahl sin modell

---

<sup>30</sup> En kan spekulere i om ikke dette initiativet har en sammenheng med legeprofesjonens prestisjenederlag på grunn av autorisasjonen av kiropraktorer. Initiativet kommer etter at utredningen ble levert, og en av spesialistene som skrev et av de mer nøytrale vedleggene i utredningen, Henrik Weber, var med i på å opprette ryggklinikken.

for mestring av ryggmerter gjennom aktivitet og trygghet, en modell som var inspirert av deltakelse på forelesninger av Holger Ursin. Kjernen i gruppen omfattet: «stipendiat Hege R. Eriksen, overlege Eli Molde Hagen, dosent Sten Holm (Göteborg), professor Olav Reikerås, professor Alf Erling Risa (økonom) og overlege Aage Indahl» (Berg, 2003 s. 57). Det nye miljøet representerte dermed et tverrfaglig miljø, orientert mot en trygdemedisinsk tilnærming til ryggplager, og med Ursins og Eriksens modell for mestring av «subjektive helseplager» som bærende modell. ERG var klar over ryggpolitikken til Ryggforskningsforeningen, og i den ovennevnte sluttrapporten som var preget av Ryggforskningsforeningens synspunkter, stilte ERG seg kritiske til ideen om et nasjonalt kompetansesenter. ERG hevder ut i fra deres modell for ryggplager at den forskningsmessige biten like effektivt kan ivaretaes av et forskningsnettverk, samt at effektiv ryggomsorg krever desentralisert organisasjon. Holger Ursin utdyper de fagpolitiske poengene i et brev sendt til avd. dir. Jørgen Holmboe om våren 1997. I dette brevet skiller Ursin mellom sykdommer med klare organiske forandringer med udiskutabel tilknytning til pasientens symptomer, og lidelser uten objektive funn, eller hvor de objektive funn ikke står i rimelig forhold til lidelsen (subjektive helseplager). Ifølge Ursin er det samfunnsøkonomisk største problemet ryggglidelser av sistnevnte kategori, og for den type lidelser er et desentralisert nettverk bedre egnet. Om den eksisterende behandling av ryggpasienter som det er konsensus om, hevder Ursin at den er «svært sammensatt og kostbar.» (ibid, s. 57). «Derimot», heter det videre i brevet,

«”har vi en langt bedre effekt på sykmeldinger ved den korte og raske behandlingen som gis av Indahl, og som er etterprøvet av Eli Molde Hagen (Hedmark sentralsjukehus). Disse forsøkene er gjort i kontrollerte kliniske studier, og begge resultatene er overraskende og i strid med det som man forventet fra konsensus”» (ibid, s. 57).

Det var ERG sin linje som vant frem politisk, blant annet fordi helseminister Gudmund Hernes støttet denne gruppens forslag.

### **Oversikt over deltakerne i debatten:**

#### **DEN NYE MODELLEN: SUBJEKTIVE HELSEPLAGER**

Holger Ursin, psykolog, forfatter av læreboken «Biologisk psykologi», professor dr. med ved Nasjonalt Ryggnettverk og Senter for stress, søvn og helse ved Universitetet i Bergen.

Aage Indahl, en pioner innen ryggforskningen, overlege ved Spesialsykehus for rehabilitering i Stavern. «Som student hadde han hørt Holger Ursin forelese om mestring og ville gå videre med det».

Even Lærum, institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved UiO, lege, ansatt i Nasjonalt ryggnettverk - Formidlingsenheten.

Gernot Ernst, overlege ved anestesivdelingen på Kongsberg sykehus

Organisasjon: Nasjonalt ryggnettverk. Enheten er en videreføring av Sosial- og Helsedepartementets «Evaluering og rådgivningsgruppe for rygglidelser» som ble etablert i 1994 og avsluttet i 1998. Det tverrfaglig samarbeid mellom blant annet psykiatere og forskere innen legevitenenskapen. Nasjonalt ryggnettverk består av tre kjerneenheter: en forskningsenhet, en formidlingsenhet og en rådgivningsgruppe. Forskningsenheten er plassert ved institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved Universitetet i Bergen. Den ledes av professor Holger Ursin, mens dr. philos Hege R. Eriksen er prosjektkoordinator.<sup>31</sup> Både Ursin og Eriksen er medlemmer av HALOS, Helse, arbeidsliv, livsstil, oppvekst og samfunn, en tverrfaglig forskningsinstitusjon tilknyttet Universitetet i Bergen. Professor i allmennmedisin Forskningsenheten har dermed opphav i et miljø preget av samfunnsmedisin og av en bio-psyko-sosial tilnærming til ryggplager. Even Lærum er leder for formidlingsenheten, der også psykolog Søren Brage er ansatt. Også Brage er en markert forkjemper for en såkalt bio-psyko-sosial modell. Nettverket er bygget opp for raskt å kunne spre det nye paradigmet ut til autoriserte behandlere og til befolkningen.

#### **DEN ORGANISKE MODELLEN**

Håkon Lie er privatpraktiserende dr.med spesialist i fysikalsk medisin/rehabilitering og nevrologi i Oslo. Ryggmedisiner, med 25 års daglig virke blant disse pasientene.<sup>32</sup> Tidligere leder av Norsk Forening for Ryggforskning. Deltok i konsensusarbeidet Vondt i ryggen utgitt av Statens Helsetilsyn i 1995.

Sonja Fossum, privatpraktiserende spesialist i allmennmedisin. Også hun satt i det tverrfaglige konsensusarbeidet kalt Vondt i ryggen.

Helsetilsynets faggruppe: Tre overleger fra nevrokirurgiske avdelinger, en overlege ved nevrologisk avdeling, en spesiallege fra Helsetilsynet, en bedriftslege fra Rieber & Sønn og en overlege fra Statens senter for Ortopedi, en kiropraktor og en fysioterapeut.

Konsensusgruppen som utformet «Vondt i ryggen»:

Både privatpraktiserende spesialist i allmennmedisin Sonja Fossum og privatpraktiserende dr.med spesialist i fysikalsk medisin/rehabilitering og nevrologi, Håkon Lie, var medlemmer av denne gruppen. I tillegg finner enn en prof. dr. med ved røntgen avdelingen på Haukeland sykehus, en professor dr. med i nevrokirurgi, en overlege ved nevrokirurgisk avdeling, en fysioterapeut ved nevrologisk avdeling, en spesialist i nevrologi, en overlege ved ortopedisk avdeling, en privatpraktiserende kiropraktor, en privatpraktiserende fysioterapeut, en spesialist i allmennmedisin og arbeidsmedisin og en overlege dr. med.

### **3.5.2. DEN ORGANISKE MODELLEN VERSUS MODELLEN SUBJEKTIVE HELSEPLAGER**

Den organiske modellen er knyttet til fagfeltene nevrokirurgi, nevrologi og ortopedisk kirurgi. Nevrokirurgi er: «den spesialgren av kirurgien som omfatter diagnose og operative inngrep på nervesystemet ved skader, svulster og andre sykdommer i hjerne,

<sup>31</sup> Informasjonen er hentet fra ryggnettets hjemmeside, [http://www.ryggnett.no/perl/gade?formid=65&submit\\_list=1](http://www.ryggnett.no/perl/gade?formid=65&submit_list=1) [30.1.2004]

<sup>32</sup> Til kamp mot tro om rygger, Dagens Medisin, 20.11.2003

ryggmarg eller perifere nerver» (Store Norske Leksikon). Nevrologi er læren om sykdommer om det samme. Nevrologi og nevrokirurgi er to av de mest prestisjetunge spesialistene innenfor legeprofesjonen. Ortopedisk kirurgi er: «den del av kirurgien som beskjeftiger seg med sykdommer og feilfunksjoner i bevegelses- og støtteapparatet» (ibid). Det tunge innslaget av disse i helsetilsynets faggruppe som utformet «Vondt i ryggen» antyder at tilnærmingen til ryggplager i dette arbeidet er preget et fokus på det ryggplager som en rent organisk lidelse. Samtidig er det ifølge Berg (2003) slik at ryggplager kun er en liten del av disse disiplinsspesialistenes virkefelt. En viktig forskjellen mellom faggruppen til «Vondt i ryggen», sammenlignet med «Retningslinjer for akutte korsryggsmerter», er at andelen spesialister innen nevrologi og nevrokirurgi er kuttet ned til to sammenlignet med fire. Men den avgjørende forskjellen er de ulike miljøene som er opphav til de to dokumentene, og de to ulike modellene de representerer for tilnærming til ryggplager.

I årsmeldingen til formidlingsenheten i ryggnettverket stod Håkon Lie oppført som representant for Lægeforeningen, men i «Rak» står ikke Håkon Lie oppført noe sted. Håkon Lie er blitt spilt ut på sidelinjen.

### Modellen subjektive helseplager

I en artikkel med tittelen: “Prevalence of Subjective Health Complaints in Norway”, gir Ursin, Ihlebæk og Eriksen en generell beskrivelse av modellen:

“Subjective health complaints, i.e. complaints without objective findings, are the major reasons for granting sickness compensation in Norway today. More than half of the total sickness leave is due to conditions where the general practitioner has no other basis for the diagnosis than subjective statements from patients. About 45% of long-term sickness leave (more than eight weeks), nearly 33% of permanent disability benefit, and 45% of rehabilitation compensation are due to musculoskeletal complaints. If disease is defined as conditions with somatic or objective findings, and illness as the patient’s own feeling of disorders, symptoms, or health problems, sickness certificates are to a large extent granted for illness rather than disease. For these cases, general practitioners express a high degree of **uncertainty**<sup>33</sup> in their decisions on sickness compensation.” (Ihlebak et al, 2002, s. 20)

Og videre:

---

<sup>33</sup> Min utheving

«There is no reason to doubt that patients with substantial subjective complaints experience pain and discomfort, and need assistance. But the help received within the health system in terms of treatment and compensation is often unsatisfactory and ineffective.» (ibid, s. 21)

Vi ser av dette sitatet at fokus er på hvilke plager som er kostbare fra et samfunnsøkonomisk og trygdemedisinsk ståsted, og en fastslår at subjektive helseplager, definert som pasientens egen opplevelse av helseproblemer uten objektive funn, er av stor samfunnsøkonomisk betydning. En poengterer også at pasienter med subjektive helseplager trenger hjelp. Det fremheves videre at leger er usikre i møte med denne type pasienter, og at helsevesenets tilbud til disse pasientene er ineffektivt. Også i de nye retningslinjene for akutte korsryggsmerter blir dette poenget fremhevet, og der setter en fremveksten av rygglidelser inn i en historisk kontekst:

«I en rekke undersøkelser fra mange land er det funnet at 60-80% av befolkningen vil oppleve korsryggsmerter med eller uten utstråling en eller flere ganger i løpet av livet [125]. De siste to-tre dekadere har det vært en betydelig økning i arbeidshindrende, trygdeutløsende rygglidelser i mange vestlige land.» (Nasjonalt ryggnettverk, 2002, s. 9)

### 3.5.3. DEN RETORISKE PARADIGMESTRIDEN – EN ANALYSE AV TAPTE POSISJONER

I stedet for å drive med normalforskningen puslespill, er den ekstraordinære forskningen preget av at man: «skisserer [man] utkast til alternative formuleringer av de etablerte teoriene og foretar filosofisk pregede analyser av teorienes grunnleggende begreper». (Johannesen, 1996, s. 143)

Som nevnt har det skjedd omfattende organisatoriske endringer når det gjelder utforming og formidling av retningslinjer for ryggplager. Disse bunner i fremveksten av et ny kunnskap om hva ryggsmerter er, hvordan de skal diagnostiseres og behandles. Det er utenfor en sosiologs kompetanseområde å gjøre en selvstendig vurdering av det gamle paradigmet sammenlignet med det nye. Jeg har valgt å analysere debatten mellom to representanter for det gamle paradigmet og representantene for det nye med den hensikt å la debatten avdekke hva som kjennetegner de to paradigmene og det gamle regimet for behandling av ryggpasienter. Vi så ovenfor at representantene for det nye modellen ”subjektive helseplager” langt på vei har vunnet kampen om makten til å definere helsevesenets

politikk og retningslinjer i møte med ryggpasienter. Debatten i kjølvannet av dette må derfor forstås som reaksjonene fra et forskersamfunn som langt på vei er har mistet sin makt og sentrale posisjon.

### Erkjennelse av uvitenhet og av feilslått behandling

Når forskere avdekker at vedtatte sannheter er ugyldige, starter ofte en periode med en refleksjon over grunnleggende konsept og modeller. En artikkelserie om rygg og ryggbehandling i Tidsskrift for den Norske Lægeforening i 1999 avdekket stor uenighet blant ryggeksperter. Denne debatten ble også fulgt opp med et innlegg av Aage Indahl i Dagens Medisin<sup>34</sup>, en avis for helsevesenet som kommer ut hver 14. dag. Indahls innlegg har tittelen «Eksperten og ryggen» (Indahl, 1999)<sup>35</sup>. Aage Indahl starter innlegget med å stille seg spørsmålet om det egentlig finnes nok kunnskap til å ha en fruktbar debatt om ryggbehandling. Indahl svarer ikke direkte på dette spørsmålet, men bruker det som et utgangspunkt for vitenskapsteoretiske refleksjoner. Han viser til en av nestorene innen norsk ryggforskning, professor Alf Nachemson<sup>36</sup>, som han mener ville ha svart at: «at vi ikke vet hva som gjør vondt i ryggen» (Indahl, 1999). Om den gamle modellen skriver han at det består av teorier og hypoteser som overlevd så lenge at har blitt forvekslet med sannhet. Disse teoriene og hypotesene har ifølge Indahl opphav i en «maskinfeiltankegang». Indahl viser på slutten av artikkelen til hva en kan betegne som et vitenskapssosiologisk poeng: det har vært publisert en rekke studier som falsifiserer de gamle modellene, men disse er ikke blitt viet oppmerksomhet av norske fagmiljø.

I 2001 ble Indahl intervjuet i Utposten<sup>37</sup>, et blad for allmenn- og samfunnsmedisin, om sin forskning på ryggglidelser. Indahl forteller i dette intervjuet at «det kan godt hende» at legevitenenskapelig behandling av ryggpasienter har gjort større skade enn gagn (Strøno, 2001). Indisiet på det er at jo mer legevitenenskapen har intervenert, jo

---

<sup>34</sup> Dagens Medisin distribueres i et opplag på 18 000 til blant annet alle leger, sykehus og institusjoner i Norge.

<sup>35</sup> [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no) [6.3.2004]

<sup>36</sup> Nachemson blir for øvrig også referert til av kiropraktor Øyvind Stokke i vedlegg 15 i NOU 1985:10, for å påvise at det mangler dokumentasjon på en positiv effekt av legeprofesjonens behandling av ryggpasienter.

<sup>37</sup> Bladet blir gitt ut av Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

større har ryggproblemene blitt. Indahl hevder også at helsevesenet har mystifisert rygglidelser, og han ser på det som sin oppgave å avmystifisere den.

### Responser fra Lie og Fossum

I 2002 presenterte Even Lærum de nye retningslinjene for behandling av ryggplager i «Tidsskrift for den Norske Lægeforening». Om de nye retningslinjene fremhever han at de representerer en diagnostisk forenkling: «med inndeling i tre beskrivende diagnosekategorier (uspesifikke korsryggsmerter, nerverotaffeksjon, og mulig underliggende patologisk forhold).» I tillegg til konvensjonelle medisinske behandlingsformer «legges det vekt på pasientkommunikasjon gjennom «Den gode ryggsamtalen».» (Lærum, 2002, s. 832)

Åtte nummer senere ble det trykket et tilsvarende med tittelen «Intetsigende retningslinjer om akutte korsryggsmerter» av Sonja Fossum (2002). Fossum er ikke nådig i sin kritikk av de nye retningslinjene som hun betegner som en fornærmelse mot fagfeltet: «90 % uspesifikt kan ikke tolkes som annet enn man stort sett ikke har peiling. Vi henvises til å håpe at det går bra av seg selv.» (ibid, s. 1593). Hun hevder videre at Lærum med dette fremstiller ryggmedisin som et «underutviklet fagområde», og at motivasjonen for å gjøre dette er å skaffe forskningsmidler fra staten. Det å behandle pasienten med den «gode ryggsamtalen» beskriver hun som «jeg-er-OK-du-er-OK-dill-dall som jeg trodde vi var ferdige med på 70-tallet», og som «koseprat» (ibid, s. 1593).

I Dagens Medisin nr. 17 fra 2003 gikk Håkon Lie til angrep på Åge Indahls selvhjelpsbok om rygglidelser med kronikken «Til kamp mot tro om rygger.» Angrepet kan deles i tre: det er et angrep på Indahls vitenskapelige autoritet, det er et angrep på Indahls forskningsresultat og hans praktiske behandling av pasientene, og det er en kritikk av Ursin forskningspolitikk. Lie starter innlegget med å forsøke å undergrave Indahls vitenskapelige autoritet gjennom å hevde at Indahls forskning er preget av metodiske feil, og ved å angripe Indahls integritet gjennom en påstand om at Indahls bok er kjøpt opp av et legemiddelfirma: «som det fritt distribuerer til landets allmennpraktiserende leger». Indahls beskrivelse av årsaker til og behandling av rygglidelser omtaler Lie som en «bagatellisering» av rygglidelser, og som «kunnskapsløs og respektløs overfor behandlere og pasienter». Ifølge Lie har

legevitenskapen gjort fremskritt på ryggområdet gjennom utviklingen av en rekke diagnostiske hjelpemidler og prosedyrer som har gitt en mer differensiert diagnostikk. Indahls tilnærming representerer derimot et tilbakeskritt. Ifølge Lie stemmer det overhodet ikke at 80-90 % av ryggglidelsene er uspesifikke:

«Vi kan i dag gjenkjenne langt mer enn isjias-, spinal stenose og spondylolisthese-pasienter. Og det er viktig. For hva ønsker pasientene å vite når de kontakter helsevesenet? Jo, hva er galt? Hvordan vil dette utvikle seg? Tar det lang tid? Hvilken behandling finnes? Hvordan er resultatene av behandlingen - og hva kan jeg gjøre selv?». (Lie, 2003)

Med henvisning til konsensusarbeidet «Vondt i ryggen», som han selv var en av initiativtakerne til, skriver Lie at de vanligste ryggglidelsene dreier seg om tyve forskjellige diagnoser, ikke tre slik Nasjonalt Ryggnettverk hevder i deres kliniske retningslinjer. Interessant nok legitimerer Lie egen modell for tilnærmingen til ryggpasienter med å vise til hva pasienten ønsker å få når han oppsøker lege. Legen skal gi pasienten en konkret fysisk diagnose ut fra et repertoar på tyve forskjellige diagnoser, og ved bruk av medisinsk høyteknologi til diagnostisering. Lie tar det for gitt at legen skal gi pasienten det han ønsker, uten å reflektere over hvorfor pasienten har så høye forventninger til legevitenskapelig diagnostikk og behandling.

#### Svar fra Holger Ursin og Gernot Ernst

Holger Ursin (2003), gjør seg noen refleksjoner over det gamle paradigmet i et tilsvarende svar til professor Håkon Lies kritikk krasse angrep på det nye paradigmet i kronikken fra Dagens Medisin nr. 17 (2003). I likhet med Indahl mener Ursin at forkjemperne for det organiske paradigmet ikke bare har tatt feil, men at deres behandling kanskje også har vært skadelig for pasienten:

«Det er ikke vanskelig å forstå at en eldre og erfaren kliniker blir irritert når forskningen på feltet ikke gir støtte til gamle og «velprøvde» metoder. Det er vanskelig å godta at det man har fortalt pasienter i årevis, kanskje ikke er riktig – og at det kanskje til og med er skadelig». (Ursin, 2003)

Også Ursin gjør seg refleksjoner om, og kritiserer, det Indahl har betegnet som maskinfeiltankegangen. Men Ursin generaliserer poenget til å gjelde et større område som han betegner som subjektive helseplager: «Flertallet av sykemeldinger, og mange av konsultasjonene i allmenn praksis, gjelder tilstander hvor det ikke er organiske funn, eller hvor plagene går utover det som er vanlig ved slike funn; «symptomdiagnoser»». (ibid). Ifølge Ursin gjelder her legevitenskapens tilnærming



til disse plagene generelt sett vært at disse plagene har organisk opprinnelse og dermed at de kan forklares og kureres gjennom stadig mer avansert bildediagnostikk og lignende. Dette har ført til en stadig dyrere behandling uten helsemessig gevinst: «Ryggbehandlere har derfor brukt det som det som er av moderne bildeteknikk. Resultatet er at vi ikke er blitt klokere, det er ikke påvist noen gevinst ved stadig større og dyrere undersøkelser av ryggpasientene.» (ibid)

Overlege i anestesi, Gernot Ernst (2003) ved Kongsberg sykehus, tar Åge Indahl i forsvar i et tilsvarende svar til Håkon Lie med innlegget: «Ryggsmerter og yrkeserfaring», i Dagens Medisin nr. 18 (2003). Ernst viser til Lies påstand om at Indahls behandling av ryggpasienter er kunnskapsløs og respektløs overfor pasientene. Ernst sitt svar er at rygglidelser er økende i samfunnet, på tross av tretti år med det etablerte behandlingstilbudet for ryggpasienter. Når det gjelder den behandlingsformen som Lie er forkjemper for, hevder Ernst at mange pasienter blir verre etter en slik behandling og at langtidseffekten er entydig: «ikke særlig effektiv». Interessant er det også å merke seg at en spesialist som Ernst viser til vellykkede samfunnsmedisinske og psykologiske konsept for forståelse av ryggplager, og han hevder at Håkon Lie ignorerer denne kunnskapen. Som svar på Lies påstand om at man innenfor legevitenskapen vet de nøyaktige årsakene til ryggsmerter, viser Ernst til at dette ikke samsvarer med viten fra anerkjente legevitenskapelige tidsskrift som «Spine» eller «Pain». I likhet med Indahl, spør Ernst seg blant annet om ikke om helsevesenet har hatt økonomiske interesser i å behandle ryggpasienter på tross av at behandlingen er dyr og gir dårlige, eller til og med skadelige resultat:

Jeg tror at vi i helsevesenet selv hadde, eller har, objektivt liten interesse av å bruke tiltak som tar fra oss betydelige inntekter og gir oss arbeid. Jeg tror sammen med mange andre forskere og leger at vår struktur, både ved individuell behandling og i helsevesenet, bidrar til at mange menneskene får det verre med ryggen sin. (ibid)

Det er ifølge Ernst er strukturelle forhold som er årsak til det dårlige behandlingsresultatet av ryggpasienter. Og videre:

«En ting er sikkert: Flertallet som ble (økonomisk) frisk av ryggbehandlingen, var terapeutene selv.» (ibid)

### 3.6. OPPSUMMERING

Forkjemperne for nye helsefaglige paradigmet knyttet til ryggglidelser hevder at det gamle var preget av en maskinfeiltankegang. Med utgangspunkt i denne modellen er det konstruert diagnoser basert på avansert diagnostisk teknologi, et system av spesialister som har interesse i bevare og videreutvikle diagnoser med utgangspunkt i denne modellen. Samtidig blir det hevdet at hva en med Kuhn kan betegne anomalier er blitt ignorert. Dessuten hevder Åge Indahl at ryggfeltet har vært preget av mangel på kunnskap, og at han i motsetning til enkelte av forkjemperne for det organiske paradigmet åpent erkjenner denne mangelen på kunnskap. Det kiropraktorene avdekket under arbeidet med utredningen om autorisasjon av kiropraktorer, ser dermed ut til å ha vært et dyrt og mislykket etablert system for behandling av ryggplager, som har inneholdt sterke mekanismer for å opprettholde egen eksistens. Systemet har sviktet både kunnskapsmessig og organisatorisk. Både Ursin, Ernst og Indahl antyder eller hevder rett frem at den gamle praksis for behandling av ryggglidelser innen legeprofesjonen har vært skadelig, og at legeprofesjonen har mystifisert ryggglidelser. De hevder videre at systemet har vært opprettholdt av vanetenkning (Indahl), eller på grunn av ryggspesialistenes økonomiske interesser i saken (Indahl, Ernst). Dette støtter opp om ovennevnte påstand om at en viktig grunn til at kiropraktorenes lykkes med sin kunnskapspolitiske strategi for å oppnå autorisasjon, i stor grad har vært svikt ved legeprofesjonens behandling av ryggpasienter.

En viktig mekanisme er at «når en lege først blir oppsøkt, ligger det i kortene at noe skal gjøres. En eller annen form for behandling skal gis» (Romøren, 1984, s. 78). Dette poenget, og legenes behov for følelse av trygghet gjennom å ha vitenskapen i ryggen, gir viktige incentiv til å opprettholde en vitenskapelig modell på tross av anomalier. Reaksjonene fra de som har vært forkjempere for det gamle paradigmet, avdekker hvilken modell og hvilke verdier disse har vært basert på. Avansert diagnostikk, anvendelse av medisinsk teknologi og kirurgi blir sett på som tegn på faglig spisskompetanse, mens færre diagnoser, mindre bruk av medisinsk teknologi og behandling med fokus på ryggsamtalen, blir forkastet som «koseprat» (Fossum, 2002) og «diagnostisk nihilisme» (Lie, 2003). Det ble hevdet at forenkling av diagnosene og

fokus på den gode ryggsamtalen som behandling, er uønsket av pasientene, og vil svekke respekten for faget.<sup>38</sup>

Samtidig er det grunn til å fremheve Kuhns poeng om at forskersamfunn ikke forlater et paradigme før det har formulert et vellykket alternativt paradigme som tilbyr en forbilledlig løsning på noen av feltet grunnproblem. (Johannesen, 1996)<sup>39</sup>. Selv om flere ryggeksperter i lengre tid har påpekt at legevitenenskapen er preget av uvitenhet om ryggplager, har de ikke lyktes i å skape et paradigme som legeprofesjonen kunne samles om. Det er interessant å merke seg det nye paradigmet som kan se ut til å lykkes, har sitt opphav hos en professor innen biologisk og medisinsk psykologi; Holger Ursin. Psykologi er et fag som tradisjonelt sett har hatt lav anseelse innen legeprofesjonen. Professor i psykiatri Einar Kringlen har i lengre tid påpekt at placebo er en mer betydningsfull ressurs enn det legeprofesjonen vil erkjenne (se blant annet Kringlen 1994), men det kan se ut som psykiatere ikke har hatt noen kanaler til å påvirke legeprofesjonens praksis på disse områder.

Ursins program er et generelt program for en omorganisering og endring i faglig tilnærming til pasienter med subjektive helseplager. Ifølge de nye kliniske retningslinjene for behandling av akutte korsryggsmerter, skal hele 90 % av ryggpasientene gis en behandling som en like gjerne kunne ha betegnet placebobehandling, nemlig det å bruke legens autoritet og kliniske undersøkelse til å skape trygghet hos pasienten slik at han motiveres til aktivitet. Dette programmet kan på en måte tolkes som et svar på utfordringen fra alternative behandlere når det gjelder å behandle pasienter med subjektive helseplager. Dette er jo nettopp et av de områdene der den alternative behandlingen har hatt stor suksess. Som tidligere nevnt har legeprofesjonen i USA inngått et taust samarbeid med alternative behandlere om å la dem ta seg av de vanskelige pasientene med helseplager, men uten objektive funn. Ursins program utgjør et kunnskapspolitisk program som gir høy prioritet til disse

---

<sup>38</sup> I den sammenheng er det interessant å merke seg at ifølge Ole Berg støttet pasientforeningene den organiske tilnærmingen til ryggplager da den organiske og den psykososiale modellen konkurrerte om makt i det politiske system.

pasientene begrunnet ut fra at de koster samfunnet mye penger, og gjennom å bruke solide vitenskapelige argument for hvorfor plagene er reelle selv om de kun er subjektive. Gjennom dette søker han å oppnå vitenskapelige legitimitet i møte med et helsevesen der faglig autoritet også gir politisk autoritet. Men foreløpig er det kun innen feltet ryggglidelser at Ursin er på vei til å vinne frem med sin generelle modell om subjektive helseplager.

---

<sup>39</sup> Det ser ikke ut til å ha eksistert et paradigme for ryggfeltet, men det er grunn til å hevde at legevitenenskapen generelt er preget av et biomedisinsk paradigme, noe som har preget tilnærmingen til forskning på ryggplager.



## 4. Alternativ behandling i forskningsrådet

### 4.1. INNLEDNING

Dette kapitlet tar for seg prosessen som førte til opprettelse av «Program for forskning innen alternativ medisin». Vi skal se at dette programmet, i likhet med Holger Ursin ryggprogram, handler om kunnskapspolitik. Flere ledere av alternative behandlingsorganisasjoner går sammen for å påvirke Stortinget til å gi dem støtte til å forske på alternativ behandling. De blir støttet av miljøet rundt det allmennmedisinske institutt ved Universitetet i Oslo, men blir også møtt med både formelle sanksjoner og uformelle sanksjoner fra legeprofesjon, og verbal motstand i den offentlige debatt. I denne saken skal vi se tendenser til at det alternative behandlingsfeltet fremstår som en sosial bevegelse.

Hensikten med dette kapitlet er for det første er å beskrive prosessen som førte frem til et forskningsprogram innen alternativ behandling og å analysere innholdet forskningsprogrammet. Hvem utformet programmet, hvorfor tok de initiativ til å starte et slikt program, og hva inneholder programmet? Hva slags organisasjoner representerer utfordrerne, hvilken bakgrunn har de og hvilket motiv har de for å støtte forskningsprogrammet? Dette er spørsmål som skal vurderes i lys av teorien om sosiale bevegelser. Det innebærer at jeg vil undersøke om de som utformer programmet inngår i et løst nettverk, om de har en felles ideologi og om de har en identitet knyttet til denne felles ideologien. Jeg vil vise paralleller mellom verdiene til de som har tar initiativ til dette programmet, og de verdiene som råder innenfor verdidimensjonen moderne idealister. I tillegg skal jeg vurdere initiativtakernes tilknytning til New age ideer. Det skal handle om streben etter vitenskapelig legitimering av alternativ behandling fra et alternativt behandlingsfelt som fremstår som en sosial bevegelse. Legitimering handler både om hvem som ønsker å oppnå legitimitet, og hvem som tildeler legitimitet. De som tildeler legitimitet er både politikere og representanter for legeprofesjonen. De som søker legitimitet er alternative behandlere.

## 4.2. DET ALTERNATIVE BEHANDLINGSFELTET VOKSER FREM SOM SOSIAL EN BEVEGELSE

Som vi så i kapittel 3 trådte autorisasjonen av kiropraktorer i kraft i 1989. Året før ble Norges forskningsfond for alternativ medisin, NFAM, stiftet av fem organisasjoner på det alternative behandlingsfeltet: Norske homeopaters landsforbund, Norsk Forening for klassisk akupunktur, Norsk forening for antroposofisk medisin, Norsk forening for helhetsmedisin og Norske Kiropraktors forening (NFR, 1994, s. 2).

Den nyskapningen på det alternative behandlingsfeltet kan sees i lys av økende organiseringsvirksomhet i det alternative behandlingsmiljøet spesielt, og innen New age feltet generelt. I løpet av 1990-tallet skjedde det en betydelig organiseringsvirksomhet innenfor det alternative behandlingsfeltet. Det ble stiftet flere nye organisasjoner med en topp i perioden 1990 – 94 da 10 nye organisasjoner ble opprettet (NOU 1998:21). På New age feltet skjer det en viktig utviklingen med stiftelsen av Alternativt nettverk A/S i 1992. Selskapet begynner å gi ut månedsmagasinet «Alternativt nettverk: Magasinet for en helhetlig livsstil.» Leder for selskapet og redaktør av magasinet er Øyvind Solum. Stikkord for innholdet er New Age, økologi, filosofi, selvutvikling, naturmedisin. Stikkordene antyder at bevegelsen kombinerer 70-tallets rød/grønne opposisjon med 80-tallets ideer om individualisme og selvutvikling, og med populærkulturell fascinasjon for Østens mystikk som går tilbake til 60-tallet. Ifølge Georg Magne Rønnevig (2003)<sup>40</sup> var det først med dannelsen av «Alternativt nettverk» at det som var en spredt kulturell impuls ble organisert som et sosialt og religiøst nettverk, og med et tidsskrift som kople sammen de ulike delene av nettverket gjennom annonsering og artikler om tema. Skribenter er aktører innenfor New Age og det alternative behandlingsfeltet, men magasinet har en profil som gjør at det når ut over den indre sirkel av dette miljøet. Det skjer en omfattende organisering av feltet til noe som kan betegnes som en bevegelse i den forstand at deltakerne er seg bevisst at de er en del av en større bevegelse, og at de føler identitet med den. Det er grunn til å hevde at samme tendenser til organisering gjør seg gjeldende på det alternative behandlingsfeltet.

---

<sup>40</sup> Upublisert artikkel

### 4.3. FORSKNINGSPOLITIKK OG FORMULERINGEN AV EN SAMLET

#### IDEOLOGI

Representanter fra NFAM var med på å påvirke politikere til å støtte forskning innen alternativ behandling (ibid, s. 2). Jarle Aarbakke kunne bekrefte dette da jeg spurte ham om hvem som tok initiativ til programmet: «Det var en interessegruppe som, altså, det var jo i det hele tatt miljøet rundt de alternative utøverne som i sin tid, sammen med et lite antall fagfolk fra UiO som fikk det i gang.» (Intervju, 2002). Denne måten å betegne de alternative utøverne på, tyder på eksistensen av et løst sosialt nettverk mellom dem. I 1991 nedsatte Rådet for medisinsk forskning (RMF) under Norges Allmennvitenskapelige Forskningsråd (NAVF) et utvalg bestående av professor i medisin Christian Borchgrevink, lege Stig Brusset og lege Jens Lunden. Stig Brusset var på den tiden leder i styret i Norsk forening for Helhetsmedisin, Jens Lunden er leder ved Norsk Akademi innen Naturmedisin (NAN). Utvalget hadde som mandat å levere en innstilling til Rådet med forslag om tiltak for å styrke forskningen innen alternativ behandling. De leverte en innstilling på hele 89 sider i oktober 1992. Etter å ha behandlet den i RMF ble det vedtatt at innstillingen skulle gis prinsipiell støtte, men at man «imidlertid ikke ville gå inn for selve programmet, ikke minst av økonomiske grunner.» (NFR, 1994, s. 2). Som vi skal se ble programmet likevel iverksatt og da var det denne innstillingen som lå til grunn for utformingen av programmet. Det er derfor av interesse å beskrive og drøfte innholdet i innstillingen.

Innstillingen består av en hoveddel og to vedlegg. Hoveddelen er en beskrivelse av alternativ behandling, en gjennomgang av tidligere forskning og forslag til ny forskning på alternativ behandling. Vedlegg 1 er en gjennomgang av tidligere forskning og forslag til nye forskningsprosjekt for flere forskjellige alternative behandlingsformer. Disse er «Fotsoneterapi» av Dag Tveiten ved Norsk Institutt for Naturmedisin, «Homeopati» av Andreas N. Bjørndal og Per Atle Straumsheim fra Norske Homeopaters Landsforbund, «Kiropraktikk» av Espen Johannesen fra Norsk Kiropraktikk Forening, «Antroposofisk medisin» av allmennpraktiker Arne Enge, «Urtemedisin – medisinsk bruk av naturstoffer» og «Akupunktur og forskning» av lege og leder av den alternative Balderklinikken Bernt Rognlien, og til sist «Ernæringens betydning i helse og sykdom» av ernæringsfysiolog Dag Viljen



Poleszynski fra Norsk Forening for Helhetsmedisin. Allmennpraktiserende lege og medlem av Norsk Forening for Helhetsmedisin, Stig Brusset, står oppført som forfatter av vedlegg 2: «Bivirkninger av alternativ medisin». Her ser vi det løse sosiale nettverket på det alternative behandlingsfeltet som har gått sammen om å utfordre legevitenskapen i Forskningsrådet.

I forordet til innstillingen står det at dens konklusjoner ikke nødvendigvis er uttrykk for oppdragsgivers synspunkter, men at RMF ønsker å fremme forskning på alternativ medisin. Under forslag til virkemidler i hoveddelen oppgis det en målsetning om å bygge opp ett kvalifisert forskningsmiljø i det alternative behandlingsmiljøet. For å oppnå dette foreslår man å rekruttere alternative behandlere til doktorgradsstipendiater og blant annet å opprette studentstipendiatstillinger knyttet til Norsk Akademi for Naturmedisin eller lignende skoler. Under punktet «Forskeropplæring» foreslår de å gjøre det mulig å skaffe kvalifiserte gjesteforelesere til Norge og å støtte studiereiser og studieopphold ved utenlandske forskningssenter. Under punktet «Kompetansesenter for alternativ medisin» foreslår de at det opprettes en koordineringsinstitusjon for forskningen i Oslo under institutt for allmennmedisin. Valget av institutt for allmennmedisin ved UiO begrunner de med at de har vist betydelig interesse for forskning innen alternativ medisin. Som vi skal se er Christian Borchgrevink ved institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo en sentral støttespiller for prosjektet. Videre foreslår de at det skal opprettes en referansegruppe for forskningen, med representanter for «NAVF, den etablerte medisin, alternativ medisin og eventuelt Sosialdepartementet/Helsedirektoratet.» (ibid, s. 11)

Når det gjelder konkrete forslag til forskning er det i stor grad mye likt med det som blir foreslått i programnotatet som beskrives under.

Hvordan begrunner og rettferdiggjør man disse forslagene. I hoveddelen starter man med å forsøke å definere alternativ behandling. Man gjør en grenseoppgang mellom seriøs og useriøs alternativ behandling, den seriøse alternativ medisin er «alternativ medisin i egentlig forstand» (NAVF, 1992, s. 3). Den egentlige alternative medisinen er kjennetegnet av å være «veldefinert», «utbredt» og «anerkjent [sic] av store grupper pasienter og fagpersonale» (ibid, s. 3). En bruker ikke vitenskapelige kriterier for å skille mellom seriøs og useriøs alternativ medisin, men sosiale kriterier. Hvis en

legger kriteriet om anerkjennelse fra pasienter og fagpersonale til grunn skulle en tro at ingen av de alternative behandlingsformene er anerkjent, i og med at alternativ behandling vanligvis er definert som behandling som ikke er anerkjent av fagpersonale, forstått som leger og forskere innen legevitenskap. Nå viser det seg imidlertid at man i rapporten opererer med en mer inkluderende definisjon av fagpersonale enn det som er vanlig; «leger eller behandlere med seriøs utdanning både innen medisinske fag og sin egen medisinske retning». Med egen medisinsk retning mener man simpelthen de som har utdanning innen alternativ behandling. Ergo, seriøs alternativ behandling er behandling som er anerkjent av utøvende alternative behandlere med utdanning fra ett av de alternativmedisinske skoler der utdannelsen består både av etablert medisin og alternativ behandling. Man gir en kunnskapsmessig rettferdiggjørelse av programmet gjennom en paradoksal konstruksjon av en ny type legitime eksperter.

Hvordan begrunner man behovet for forskningen i innstillingen? For det første viser en til at mange nordmenn har brukt alternativ behandling, noe som tilsier at fenomenet bør bli tatt seriøst. For det andre begrunner en det ved å presentere den som et enhetlig alternativ til det etablerte helsevesen og i den forbindelse formulerer man en felles ideologi.

Ifølge rapporten er alternativ medisin kjennetegnet ved følgende særtrekk, a) helhetsforståelse b) suppresjon c) behandling. Under *helhetsforståelse* kan en lese om at alternativ behandling er opptatt av å behandle det hele mennesket i motsetning til det å behandle enkeltsymptomer. Det hevdes også at behandlingen er tilpasset det unike individ, samme symptom hos ulike individ kan kreve ulik behandling. Punktet *suppresjon* må ses i forlengelse av helhetsforståelsen. Alternative behandlere anser nemlig det å behandle enkeltsymptom som å undertrykke sykdommen, i stedet for å fjerne den. Når en undertrykker en sykdom er teorien at en ny sykdom vil oppstå et annet sted. Punktet *behandling* handler om at man i alternativ behandling ønsker å gripe sykdommen tidlig i prosessen og aktivisere pasienten slik at vedkommende «både forstår hva som gjorde ham syk, og at han gjør noe med sin livssituasjon» (ibid, s. 6). Disse punktene brukes til å forsvare hvorfor all tidligere forskning som på alternativ behandling ikke kan regnes som gyldig. Den har nemlig ikke tatt hensyn til det særegne ved den alternative behandlingen, og da spesielt det at hver pasient

behandles individuelt. Denne fremstillingen er både en kritikk av det etablerte helsevesenets manglende helhetsforståelse, og et forsøk på å formulere en felles ideologi for det alternative behandlingsfeltet. En ser at en for å konstruere en felles ideologi har endt opp med tre relativt vage punkter, men de er presise nok til å kunne påpeke at de i stor grad samsvarer med den beskrivelse av det alternative behandlingsfeltets ideologi som jeg redegjorde for i kapittel to. Denne ideologien er godt tilpasset pasienter med psykosomatiske og kroniske lidelser, slik sosiologen Michael S. Goldstein (2002) har påvist i sin undersøkelse av de alternative behandlernes funksjon i USA. Av punktene ovenfor går det frem at en skal se pasientens situasjon i en helhetssammenheng, at en i selve sykdomsteorien har lagt inn et poeng om at enkeltindividet er unikt og at en skal aktivisere pasienten. Ikke noe sted kommer det til uttrykk eksplisitte spirituelle eller religiøse teorier om alternativ behandling, men de ovennevnte ideene har uten tvil klare likhetstrekk med New age bevegelsens kjerneideer om selvspiritualitet og holisme. Det er på sin plass å trekke frem at disse vage punktene har visse fellestrekk med den norske helsereformatoren og SV-politikeren Tor-Inge Romørens delanalyse av svakhetene ved moderne medisin:

«Det har blitt hevdet at moderne medisin er blitt en viktig hindring mot økt helse... For det andre innebærer påstanden at en stor del av de medisinske behandlingstilbudene er blitt en erstatning for utbedring av helseskadelige samfunnsforhold og en sunnere personlig livsførsel. De demper symptomene istedenfor å la årsakene komme til syne. Sykdomskapende faktorer holdes ved like, og medisinen selv blir på denne måten indirekte en trussel mot helsen.» (Romøren, 1984, s.

Men der Romørens analyse handler om forbedring av samfunnsforhold og reform av det etablerte helsevesen, handler punktene ovenfor om å forsvare den alternative behandlingen overfor legeprofesjonen.

Under overskriften placebo, går man i rapporten selvbevisst inn på anklagen fra skeptikerne om at alternativ medisinen kun handler om placeboeffekten. Svaret fra rapportforfatterne, under henvisning til en artikkel i det anerkjente legevitenskapelige tidsskriftet Lancet, er at dette er et helt åpent spørsmål som kun kan avgjøres gjennom forskning. Som nevnt aksepterer forfatterne i liten grad autoriteten til den etablerte legevitenskapen og naturvitenskapen, men velger likevel å bruke autoriteten til Lancet for å rettferdiggjøre programmet. I samme avsnitt påpeker de videre at det kan være interessant å forske på selve placeboeffekten. Dette grunngir de med at hvis en

placeboeffekt forekommer systematisk, kan det minne om det en betegner som en behandlingseffekt. Det er viktig å merke seg dette punktet for det viser et forsøk på både å tolke placebo som en positiv ressurs for alternative behandlere, samt et forsøk på å endre verdigrunnlaget for legevitenenskapelig metode slik at det åpnes opp for å forske på placebo. I klartekst betyr en slik etisk og faglig forståelse av placeboeffekten at en åpner opp for å gi en vitenskapelig anerkjennelse av en yrkesgruppes evne til å gi trygghet, og til å motivere pasienter til å endre livsstil, i den grad slike faktorer har betydning for pasientens helse. Som påpekt har slike faktorer betydning ved mange av de mest utbredte helseplagene i vårt samfunn. Det vil si, det er ikke bare selve den medisinske intervensjonen som aksepteres som en vitenskapelig relevant variabel, men også den medisinske effekten av selve møtet mellom pasient og behandler. Som vi skal se i delkapittel 4.5 ble omtrent samme retorikk brukt i forsvaret av hvorfor det kan være riktig for leger å henvise foreldre som har spedbarn med kolikk til kiropraktor.

En annen grunn til å fremheve dette punktet om placebo er for å vise at de som har utformet programmet har en sofistikert forståelse av alternativ behandling. Med sofistikert menes at de har distanse til trosgrunnlaget for behandlingen og ser at den positive effekten av en behandling kan være et resultat av selve behandlingssituasjonen, og ikke den spesifikke behandling eller medisin som blir gitt pasienten. Disse punktene viser også at det er en ressurssterk gruppe med god forståelse av legevitenenskapelig metode som har utformet programmet.

#### 4.4. ALTERNATIVBEVEGELSENS NØKKELREPRESENTANTER?

Vi så ovenfor at Stig Bruset fra Norsk Forening for Helhetsmedisin, Jens Lunden ved Norsk Akademi innen Naturmedisin og Christian Borchgrevink fra Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo satt i utvalget som ble opprettet av NAVF.

Jeg skal gå nærmere inn på bakgrunnen til Stig Bruset og Christian Borchgrevink, samt andre viktige støttespillere til programmet som har både legeutdanning og utdanning innen en eller flere alternative retninger. Analysen er delt inn i tre typer basert på ulik utdanning og ulik tilknytning til det alternative behandlingsfeltet. De som kun har legeutdanning, de som har både legeutdanning og utdanning i en eller flere alternative behandlingsformer og de som kun har utdanning innen en eller flere

alternative behandlingsformer. Den førstnevnte gruppen spiller en viktig rolle når det gjelder tildeling av legitimitet, den andre gruppen har en mellomposisjon, de både søker og kan en til en viss grad hevdes å tildele legitimitet, mens de sistnevnte kan hevdes å kun søke legitimitet. Sistnevnte type er her karakterisert ved Jens Lunden. I tillegg utgjør Dag Viljen Poleszynski en egen type med sin utdannelse innen ernæringsfysiologi og sine omfattende politiske ambisjoner på vegne av det alternative behandlingsfeltet. Når det gjelder tilknytning til det alternative behandlingsfeltet vil jeg skille mellom de som primært identifiserer seg med den abstrakte termen det alternative behandlingsfeltet, og de som primært identifiserer seg med en bestemt yrkesgruppe på det alternative behandlingsfeltet.

#### 4.4.1. DESILLUSJONERTE REPRESENTANTER FRA DEN ALLMENNMEDISINSKE DELEN AV LEGEPROFESJONEN

Den tyngste fagautoriteten når det gjelder å tildele legitimitet til forskning på alternativ behandling er trolig professor i allmennmedisin Christian Borchgrevink. Store Norske Leksikon omtaler han som følger: «Pioner i grunnleggingen av allmenn medisin som akademisk disiplin og landets første professor i faget ved Universitetet i Oslo fra 1969. Samtidig bestyrer av det første Institutt for almenmedisin.» (Store Norske Leksikon, 2004).<sup>41</sup> Når det gjelder hans motiv for å støtte denne saken er det verdt å merke seg at han blir sitert i egenskap av stillingen som formann for bivirkningsnemda under kiropraktorenes særuttalelse i utredningen «Autorisasjon av kiropraktorer». Av dette sitatet går det frem at rapporteringen av bivirkninger ikke fungerer, og at det dermed med høy sannsynlighet er store mørketall når det gjelder bivirkninger av medikamenter (NOU 1985:21). Det går videre frem at svikten i rapporteringen både skyldes at legeprofesjonen ikke tar deres oppgaver på alvor, og dels at kolleger beskytter hverandre ved å unnlate å rapportere dødsfall. I 1984 samarbeidet Borchgrevink med Norske Homøopaters Landsforbund om å kartlegge hvilke pasienter som bruker homøopati og mot hvilke lidelser de bruker behandlingen. Borchgrevink fikk presentert sine funn i avisartikkelen: «Helsepersonell: Ofte hos homøopat» i Aftenposten 17.11.1984. Borchgrevink kan blant annet fortelle at helsepersonell er overrepresentert som brukere av homøopatisk behandling, og at mange folk bruker homøopati fordi de er redde for bivirkninger av medisiner. På

---

<sup>41</sup> [www.storenorskeleksikon.no](http://www.storenorskeleksikon.no)

slutten av artikkelen ytrer han et ønske om å skape et samarbeid mellom homøopater og legevitenskap for å teste om naturmedisin har en effekt. Borchgrevinks tilknytning til alternative behandlere har dermed en forhistorie som går minst syv år forut for innstillingen, og det virker rimelig at hans innsikt i den manglende åpenheten og den sviktende profesjonsetikken i forbindelse med rapporteringen om bivirkninger, har gjort ham interessert i alternativer.

Blant sosiologer og historikere blir det spekulert i om ikke man i løpet av 80-tallet opplevde slutten på den ukritiske konsensus om de store fortellingene om sosialt og teknologisk fremskritt og om sosialdemokratiets løsninger (se for eksempel Wagner, 1998). I den sammenheng er det interessant å merke seg bakgrunnen til lege og samfunnsmedisiner Per Fugelli, som blir medlem i programstyret til forskningsprogrammet i 1993. I artikkelen det sorte helsemarked i boken «Det medisinske klassesamfunn» fra 1982 formulerer Fugelli (1982) et program for å motarbeide alternativmedisinen gjennom et samarbeid mellom leger, helsemyndigheter og medier. Artikkelen er gjennomsyret av en optimistisk tro på folkeopplysning, på betydningen av vitenskapelig fremskritt innenfor helsevesenet og et idealistisk syn på mulighetene for demokratisering av helsevesenet for å tilpasse det til brukernes behov. Et punkt i Fugelli's program for demokratisering av medisinen er: «økt forskning, undervisning og service for forsømte hverdagssykdommer» (ibid, s. 11), der iblant muskel- og skjelletlidelser og psykiske lidelser. I 1993 blir Fugelli medlem av programstyret for forskning innen alternativ medisin, et program hvis politiske mål er å skape økt respekt for alternativ behandling blant leger og økt samarbeid mellom legevitenskapen og alternative behandlere. Programmet fra 1982 ble ifølge Fugelli avlyst, og han gir i dag følgende forklaring:

Jeg var nok for tyve år siden ganske mye mer ett barn av min tid, hadde jeg nær sagt. Øh. Og stod på en sånn mer skolemedisinsk monopollinje. I den gode tro, det var noe som preget oss på den tida at vi fortsatt levde med en slags overtro på vitenskapen og rasjonalitet. Vi var inne i hva vi kaller rasjonalitetens jernbur, tror jeg. Og foraktet føleriet, fornemmelser, inntrykk, folkelige erfaringer. Ikke sant, det var tvilsomme saker. Men det er tyve år siden. Jeg tror for så vidt at jeg er representativ når det gjelder det. Det er mulig at jeg har gått noe lenger i aksept av alternativmedisin, men som du antyder i dine innledninger også så er det jo et visst belegg for at det har skjedd en liberalisering i legestandens holdninger til alternativmedisin i løpet av denne tiden. (Telefonintervju, 2003)

Men Fugelli er også kritisk til forsøkene på å legitimere alternativ behandling ved bruk av vitenskapelige argument, han hevder at disse «har drevet med en form for kvasivitenskap som er ganske forkastelig» (ibid.).

#### 4.4.2. FOLKELIGE OG "GRØNNE" ALLMENNPRAKTISERENDE LEGER MED UTDANNELSE INNEN ALTERNATIV BEHANDLING

Stig Brusset og Bernt Rognlien representerer en egen kategori som folkelige og "grønne" leger med utdanning innen alternativ behandling. Med "grønne" menes at de begge betrakter alternativ behandling som et naturlig, mildt og helhetlig alternativ til en ensidig biomedisinsk legeprofesjon som alt for lett skriver ut medisiner med store bivirkninger.

Lege og homøopat/akupunktør Stig Brusset var som nevnt leder for NFHM da organisasjonen ble stiftet i 1988. NFHM er en eklektisk organisasjon for: «leger, tannleger, kiropraktorer, dietetikere/ernæringsfysiologer, farmasøyter, psykologer, naturterapeuter, fysioterapeuter, veterinærer og sykepleiere eller andre med utdanning på cand. mag.nivå» som er opptatt av livsstil, diett, og vitamin- og kosttilskudd til å forebygge sykdom, samt å organisere det alternative behandlingsfeltet. I 1993 ga han ut boken «Kreft og jakten på mirakler» der han vurderer det medisinske grunnlaget for en rekke alternative kurer mot kreft. Han satt i legepanelet til NRK sitt program HelseRefleks i hvert fall fra og med 1995, der han blant annet svarte på seernes spørsmål om kjerringråd ved ulike typer helseplager og sykdommer. I forkant av TV-innsamlingsaksjonen for kreftforskning i 1997 kritiserte han Helsevesenets plan for krigen mot kreft i en kronikk i Dagbladet med tittelen: «Nytter kreft-forskningen?» fra 2.11.1997. Her hevder han blant annet at helsevesenet plan for å bekjempe kreft er en ukritisk videreføring av tidligere strategi som allerede hadde vist seg å være feilslått. Brusset hevder i motsetning til Helsevesenet at menneskeskapt miljøforurensning er den viktigste kilde til økning i antall krefttilfeller, og ser dette i sammenheng med en at mennesker genetisk sett ikke er tilpasset den menneskeskapte stråling, og de kjemikalier vi utsettes for.

Bernt Tore Rognlien er utdannet lege, med tilleggsutdanning i akupunktur og homøopati. På 80-tallet satt han i legepanelet til helsespalten «HelseNorge» i Aftenposten, der leserne kunne stille leger spørsmål og helseplager. Han har vært

rektor for Norsk Akupunkturskole, og stiftet Balder-klinikken i 1990. Balder-klinikken er en privat klinikk der allmennpraktiserende leger samarbeider med forskjellige typer alternative behandlere. Rognlien var en av tre personer bak den populære serien «Urter til mat og medisin» som ble sendt på NRK fjernsynet høsten 1988. Han skrev om: «Urtemedisin – medisinsk bruk av naturstoffer» og «Akupunktur og forskning» i innstillingen «Alternativ medisin». I januar 1992 presenterte Rognlien «Program for forskning innen alternativ medisin» for offentligheten i en kronikk i Aftenposten med tittelen: «Leger alene vite?». Kronikken er et tilsvarende til en tidligere kronikk av overlege Harald Frey, der det ble påstått at naturmedisin er uvitenskapelig. I sitt svar beskriver Rognlien naturmedisinens funksjon som et korrektiv til den etablerte medisins bivirkninger:

«Til tross for store teknologiske og kjemiske fremskritt lever vi i en medisinsk hverdag som aldri før har vært så kostnadskreven og aldri før har produsert så mye nye sykdommer selv. I dag er ca. 20 prosent av de lidelsene som behandles i almenpraksis, produsert av helsevesenet selv, p. g. a. bivirkninger av medisiner og skader ved annen feilbehandling.» (Rognlien, 1992)

Og videre:

«Vi trenger den moderne medisinen, men vi trenger like mye et bredt tilbud av enkle, mykere legemidler og behandlingsmetoder, som er effektive uten å ha store bivirkninger... Dette burde være en positiv utfordring for overlege Knut Eldjarn; som nyvalgt president i Den norske lægeforening burde han gå i spissen for en grønnere, mer miljøvennlig og økologisk orientert medisin.» (ibid.)

Rognlien beskriver den alternative medisinen som et grønt og miljøvennlig alternativ til legeprofesjonens skadelige praksis. Ifølge Rognlien stemmer det heller ikke at alternativ medisin ikke er dokumentert, han viser til forskning som han mener har dokumentert at både akupunktur, kiropraktikk og naturmedisiner har effekt. Men han fremhever at mye forskning gjenstår, og ser de «seriøse» organisasjonens gjennomslag for et forskningsprogram som et tiltak som skal bøte på dette. Rognliens<sup>42</sup> bakgrunn og virke gir grunnlag for å hevde at han representerer et grønt og folkelig program. Når det gjelder hans tilknytning til det alternative behandlingsfeltet så vi at han dels representerte en bestemt yrkesgruppe,

---

<sup>42</sup> Også rektor for Norsk Akademi innen Naturmedisin, Jens Lunden, har som nevnt legeutdannelse. I neste kapittel skal vi se at hans begrunnelse for å kjempe for alternativ behandling i det vesentlige er like Brusets og Rognliens begrunnelse.



akupunktørene, og dessuten et tema som er felles for flere alternative behandlingsformer, nemlig naturmedisin.

Både Rognlien og Brusset representerer et «self-empowerment» program, med deres støtte til folks bruk av naturlegemidler. Ifølge Bethen (1997) samarbeidet Rognlien og Brusset om å stifte en interesseorganisasjon for urtemedisin i 1997.

#### 4.4.3. GRUNNLEGGER AV DEN VIKTIGSTE UTDANNELSES-INSTITUSJONEN PÅ DET ALTERNATIVE BEHANDLINGSFELTET

I likhet med Stig Brusset og Bernt Rognlien, har også studierektor ved NAN, Jens Lunden, bakgrunn som allmennpraktiserende lege. NAN ble grunnlagt av homøopat Olav Røssberg og lege og homøopat Jens Lunden i 1975. NAN er i dag den største skolen for utdanning innen alternativ behandling i Norge. I motsetning til Brusset og Rognlien er Lunden en langt mindre offentlig person, og fremstår dessuten som en representant for det alternativt behandlingsfeltet som ikke identifiserer seg med legeprofesjonen i det hele tatt. At Lunden føler liten tilhørighet overfor legeprofesjonen støttes av følgende sitat fra en artikkel i Aftenposten 1991: «Selv følte jeg meg som kvakksalver da jeg begynte som vanlig praktiserende lege og stadig måtte gi medisiner som jeg ikke ante konsekvensene av». Her markerer han tydelig avstand til legeprofesjonen ved å betegne dens praksis som kvakksalveri, samtidig som han bruker sin legebakgrunn til å gi utsagnet faglig autoritet. I samme artikkel fremhever han at den eneste kraften som kan helbrede sykdom er naturens egen helbredende kraft, en nøkkelidé på det alternative behandlingsfeltet.

#### 4.4.4. RØD/GRØNN UTOPI: KOSTTILSKUDD OG VITAMINER SOM LØSNINGEN

Dag Viljen Poleszynski representerer en type for seg som jeg vil betegne rød/grønn opposisjon. Poleszynski hevder selv at han har vært en aktiv forkjemper for alternativ behandling siden 1970-tallet (Poleszynski, 1999). Poleszynski har blant annet bakgrunn fra Institutt for fredsforskning ved Universitetet i Oslo (PRIO) (ibid 1999). I 1987 ble han cand.scient i ernæringsfysiologi ved Universitetet i Oslo. Han var med på dannelsen av Norsk Forening for Helhetsmedisin i 1988 (ibid), og representerte NFHM i NFAM i 1991. Han skrev artikkelen om «Ernæringens betydning i helse og sykdom» Poleszynski, 1992) i innstillingen «Alternativ medisin». På hjemmesiden til Norsk Forening for Helhetsmedisin, der han har aktiv som styremedlem frem til 2003,

står det oversikt over artikler om alternativ behandling som han har fått trykket i tidsskrift og aviser. Til sammen er det står det oppført 142 kronikker, artikler og leserinnlegg både i riksaviser og smale alternative magasin, samt i akademiske tidsskrift. De er en kritikk av overflodssamfunnet og vekstsamfunnet, og de handler om miljøtrusler fra menneskeskapt kjemikalier, og om bruk av kosttilskudd og diett til å motvirke de negative konsekvensene av det moderne liv. På 1970-tallet argumenterte han mot å bygge atomkraftverk i Norge, og på 80-tallet gikk han inn for å forby sukker og var opptatt av skadevirkningene av fluorbruk. På slutten av 80-tallet ser en at stadig flere av overskriftene på hans innlegg handler om den påstått store helsegevinsten ved bruk av kosttilskudd og ernæring. Det er denne kombinasjonen av kritikk av vekstsamfunnet, overflodssamfunnet, og bruken av statlig styring til å bekjempe de skadelige konsekvensene av kapitalismens påvirkning på folks kosthold, som jeg mener kan betegnes som rød/grønn opposisjon. Han hevder i likhet med Stig Bruset at det er bevist at sprøytemidler, og i tillegg tilsetningsstoffer, er viktige sykdomsskapende faktorer, og at en med et kosthold uten sprøytemidler og tilsetningsstoffer, men med høyt forbruk av kosttilskudd og vitamintilskudd, kan forebygge de fleste sykdommer. Denne type ideer kommer også eksplisitt til uttrykk i Dag Viljen Poleszynskis del i vedlegg 1 i «Innstilling om alternativ medisin». Poleszynskis del har tittelen «Ernæringens betydning i helse og sykdom», og han står her oppført som medlem av Norsk Forening innen Helhetsmedisin. I notatet stiller Poleszynski opp dikotomier når det gjelder motsetningen mellom naturmedisin og skolemedisin i synet natur, samfunnsøkonomi og helse. Når det gjelder synet på natur er naturmedisinen ifølge Poleszynski kjennetegnet av: «Artsrikdom/mangfold/Økologisk likevekt, levende jordsmonn/konservering av jord, biologisk pestkontroll, lite forurensinger» (ibid, s. 72). Det skolemedisinske synet på natur er derimot kjennetegnet av: «Monokulturer, økologisk ubalanse, utarmet, sur jord/”gruvedrift” på jord, kjemisk pestkontroll, store forurensinger.» (ibid, s. 72). Helsevirkningen av naturmedisinen er «friske mennesker», av skolemedisinen er helsevirkningen «syke mennesker». Poleszynski presenterer naturmedisinen eksplisitt som en helhetlig ideologi i opposisjon til de mislykkede, helseskadelige og miljøskadelige etablerte institusjonene. Hans beskrivelse av ideologien har et tydelig utopisk og naturromantisk preg, med en forestilling om at både mennesker, dyr og natur kan helbredes av naturmedisins ideer. Det er rimelig å tolke denne utopien i lys av New age bevegelsens fremtidshåp, der økologisk balanse med naturen er et

sentralt aspekt, uten at en har et klart politisk program for hvordan dette målet skal realiseres i praksis.

Av Poleszynskis litteraturliste går det frem at hans program for mat som medisin, mat og mat, vitaminer og kosttilskudd til rensing av moderne miljøgifter, er importert fra det svære feltet naturopati i USA, og til dels fra naturmedisinere i Tyskland. Sentralt i naturopatien er ideen om å rense kroppen fra moderne miljøgifter for å oppnå bedre helse.

I sin doktorgradsavhandling, som ble publisert i 1998, presenterer han det alternative behandlingsfeltet som en opposisjonell medisin. Blant de ulike alternative behandlingsformene han beskriver, er det spesielt noe han betegner «det nye ernæringsparadigmet» som han gir sin støtte. Flere steder i doktorgradsavhandlingen kommer det i tillegg til uttrykk pseudovitenskapelige teorier, med referanser til New agere med vitenskapelige autoritet, slik som Fritjof Capra eller Rupert Sheldrake (Se Hammer (2000) for en analyse av den pseudovitenskapelige delen av New age miljøet). Poleszynski bruker disse til å begrunne et mystisk menneskesyn.

#### 4.4.5. IDENTITET MED EN YRKESGRUPPE ELLER MED DET ALTERNATIVE BEHANDLINGSFELTET?

En betingelse for at et sosialt fenomen skal falle inn under betegnelsen sosial bevegelse, er at det eksisterer en følelse av tilknytning til hele det alternative behandlingsfeltet og ikke bare til en spesifikk yrkesgruppe (Diani og Porta, 1999). Det er flere fakta som taler for at noen av aktørene identifiserer seg med hele det alternative behandlingsfeltet. I 1994 samarbeidet Stig Bruset og Dag Viljen Poleszynski om å skrive «Alternativt medisinsk leksikon», en samlet oversikt over de alternative behandlingsformene i Norge. Et slikt initiativ kan tolkes som at Bruset og Poleszynski, og Norsk Forening for Helhetsmedisin, som de begge har verv i, står for idé om en felles identitet for hele det alternative behandlingsfeltet. Denne hypotesen støttes av at den største norske paraplyorganisasjonen for alternative behandlere, Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon, ble stiftet «etter at NFHM i 1992 foreslo å samle en rekke mindre naturmedisinske forbund i en forening» (Poleszynski, 1999,

s. 1 i noter til forord)<sup>43</sup>. Dessuten vil jeg hevde at Poleszynskis tema for forskning på alternativ behandling støtter denne påstanden. Temaet er ikke behandlingsformen til en spesifikk yrkesgruppe på det alternative behandlingsfeltet, men det brede temaet ernæringslære, med fokus på kosttilskudd. Dette tema kan hevdes å være felles for alternative behandlere på tvers av de spesifikke yrkesgruppene, og er dessuten er nært knyttet til helsekostbransjen. I hans doktorgradsarbeid «Skolemedisin og alternativ medisin: konkurranse eller samarbeid» (Poleszynski, 1999) betrakter han også det alternative behandlingsfeltet i dets helhet som et slags enhetlig alternativ til legeprofesjonen, og prøver å utvikle en felles ideologi for det alternative behandlingsfeltet.

Også lege og homøopat Jens Lunden kan til en viss grad hevdes å representere det alternative behandlingsfeltet, og ikke en bestemt yrkesgruppe. Heggland viser at utdannelsen innen homøopati ved NAN inneholder en eklektisk blanding av alternative behandlingsformer: «Bachs blomstermedisin, ernæringslære, orientalsk medisin, auriculoterapi, reflekssoneterapi» (Heggland, 2000, s. 40). I 1997 opprettet NAN en naturopatilinje, som også viser seg å være en blanding av «økologisk medisin», «urtemedisin» og «naturmedisin», og som dessuten gir en innføring en rekke forskjellige behandlingsformer som kinesologi, psykologiske behandlingsformer og fotsoneterapi (ibid, s. 40). Det er også grunn til å tro at Bernt Tore Rognlien identifiserer seg med hele det alternative behandlingsfeltet. Balder-klinikken som ble stiftet av Rognlien er en klinikk der flere forskjellige yrkesgrupper fra det alternative behandlingsfeltet samarbeider med allmennpraktiserende leger.

Samlet sett gir de ovennevnte opplysninger grunnlag for å hevde at flere av støttespillerne til forskningsprogrammet identifiserer seg med det alternative behandlingsfeltet, og ikke med en bestemt yrkesgruppe.

#### 4.4.6. ALTERNATIVBEVEGELSENS NØKKELREPRESENTANTER

Oppsummert kan en konkludere med at sentrale initiativtakere og støttespillere for programmet er en blanding av desillusjonerte representanter for den

---

<sup>43</sup> Det er Poleszynski selv som her skriver om sin egen rolle ved stiftingen av NFHM. Det er mulig at han overdriver den, det er uansett slik at han tydeligvis identifiserer seg med denne bevegelsen.

allmennt medisinske delen av legeprofesjonen, grønne og folkelige alternative behandlere med legebakgrunn, en utdannet ernæringsfysiolog med bakgrunn i fredsfnorskningnsinstituttet og med en politisk posisjon som jeg betegnet rød/grønn utopi, og rene alternative behandlere fra de største og best organiserte alternative behandlingsorganisasjonene, samt stifteren av den største skolen for utdanning innen alternativ medisin. Hendelsen avdekker også eksistensen av et uformelt nettverk av alternative behandlere, som lykkes i å mobilisere både representanter for det alternative behandlingsfeltet og desillusjonerte faglige autoriteter som kan gi dem innpass i et legevitenskapelig forskningsmiljø. Forkjemperne for programmet tolker seg selv som representanter for en grønn og miljøvennlig medisin, og de viser til folkelig støtte når de legitimerer behandlingsformen. Det er en heterogen gruppe, men det er likevel grunn til å hevde at de er en del av en bred kulturell strømning knyttet opp til verdidimensjonen moderne idealister. En kan hevde at miljøet rundt program for forskning innen alternativ medisin samlet sett oppfatter seg som en ny sosial bevegelse som kjemper for demokratisering av helsevesenet og for et mer grønt helsevesen. Som vi så lykkes de også i å formulere en abstrakt felles ideologi som kan favne hele det alternative behandlingsfeltet i innstillingen om alternativ medisin. Samlet sett vil jeg hevde at nøkkelpersonenes ideologi som inneholder elementer av grønn opposisjon, individualisert behandling, holisme og self-empowerment gjennom urtemedisin og homøopati. Rognliens og Brusets offentlige roller som mediepersoner og som folkelige leger, gir en pekepinn om at flere av de som tar initiativ forskningsprogrammet innen alternativ medisin faktisk er en slags representanter for en sosial bevegelse med populær støtte i befolkningen.

Ut fra teorien om at fremveksten av sosiale bevegeleer er knyttet til relativ deprivasjon, kan en utlede en hypotese om medlemmer av en legeprofesjonen søker til alternativ når det er mangel på utløp for kritikken innad i legeprofesjonen. I den sammenheng så vi at to av støttespillerne til programmet kan tolkes som desillusjonerte representanter for legeprofesjonen og dermed nettopp som aktører som opplever står avstand mellom ideal og realitet. En annen viktig faktor er eksistensen av et miljø der en slik kritikk kan omformes til et positivt alternativ. Fremveksten av New age, et sosialt nettverk på alternative behandlingsfeltet og en felles ideologi for det alternative behandlingsfeltet, er nettopp med på å skape et slikt alternativ.

Bevegelsens nøkkelpersoner gjenspeiler verdiene til de moderne idealister når det gjelder individualitet, miljøvern og anti-autoritet. Samtidig må det påpekes at anti-autoritet overfor den legevitenskapelige autoritet er et tvetydig fenomen. De stiller seg i opposisjon til den eksisterende legevitenskapelige autoritet, samtidig som de ser på legevitenskapelig forskning som en vei til å oppnå vitenskapelig og dermed politisk legitimitet for det alternative behandlingsfeltet. En kan også hevde at flere av de alternative behandlerne identifiserer seg med naturvitenskapen, og anser egen behandling som vitenskapelig og ikke-religiøs.

En kan videre skille mellom de som primært har tilknytning til egen yrkesgruppe og de som føler en tilknytning til et mer abstrakt alternativt behandlingsfelt. Det ble funnet gode bevis på at både Stig Bruset, Dag Viljen Poleszynski identifiserer seg med det alternative behandlingsfeltet i dens helhet. Det samme gjelder trolig Bernt Tore Rognlien og Jens Lunden. Når det gjelder de andre deltakerne i forskningsprogrammet som er tilknyttet yrkesgrupper innen alternativ behandling, er det vanskelig å avgjøre hva slags tilknytningsform de har. De står oppført som representanter for bestemte alternative yrkesgrupper, og det virker rimelig å anta at de først og fremst identifiserer seg med dem. Det gjelder spesielt kiropraktorene, som allerede hadde oppnådd autorisasjon og som ikke noe sted gir uttrykk for identifisering med det alternative behandlingsfeltet. Kiropraktorenes deltakelse i NFAM bør heller sees som kiropraktorenes svar på legeprofesjonens anklager om at deres behandlingsform medfører alvorlige bivirkninger. Likevel, deltakelsen i dette samarbeidsprosjektet tyder på at de tenderer mot å opptre som en samlet bevegelse i opposisjon til legevitenskapen.

Som vist i kapittel to, er det statistisk grunnlag for å hevde at alternativ behandlingen har dens mest entusiastiske støttespillere i de deler av befolkningen som tror på New age ideer. Det ble også vist at flere religionsforskere regner alternativ behandling som en del av New age. Derimot kommer det i liten grad til uttrykk eksplisitte New age ideer blant nøkkelpersonene. Mangelen på New age ideer trenger ikke å bety at disse ideene ikke er viktige for bevegelsen. Det viser heller at ved kollektiv handling må en vise til kulturelt aksepterte verdier og at New age ideer ikke er gangbare overfor staten eller offentligheten. Unntaket er Dag Viljen Poleszynski, som med sin idé om at alternativ ernæring utgjør et rød/grønt utopisk program, har formulert et program

som har klare likhetstrekk med hva man i «New age Encyclopedia» (Melton (red.), 1990, s. 220) betegner som «New age politics». New age politikk er kjennetegnet av en blanding av: feminisme, miljøvern, spiritualisme, østlig filosofi og vestlig psykologi, og inneholder kritikk av teknologi, store selskap, og atomkraftverk. Påstanden om at Poleszynski har tilknytning til New age bevegelsen, støttes av at han refererer til flere kjente New age ideologer i sin doktoravhandling som ble levert i 1998.

#### 4.5. HALV SEIER FOR NFAM – FORSKNINGSPROGRAMMET IVERKSETTES, MEN FORSKNINGSMIDLENE BLIR STYRT AV NFR

I dokumentet «Erfaringer fra forskningsprogram i alternativ medisin i Norge» skrevet av professor Christian Borchgrevink (2000), kommer det frem opplysninger om arbeidet med å oppnå støtte til innstillingens forslag i NFR<sup>44</sup>. På Forskningsrådets møte i Tromsø ble de møtt med en blanding av «verbal velvilje» og dyp skepsis, blant annet på grunn av de tvilsomme teorier de så på det alternative behandlingsfeltet. Forkjemperne for alternativ behandling argumenterte ifølge Borchgrevink (2000) for programmet dels med at hvis ikke NFR støttet dem: «risikerte man at politikerne fattet viktige beslutninger uten at Rådet i det hele tatt ble spurt». I tillegg viste de til den tilsynelatende gode effekt av alternativ behandling og til den omfattende og økende bruken i befolkningen. Resultatet ble at Rådet opprettet en halv koordinatorstilling som ble tilbudt Borchgrevink. Men som nevnt ville ikke Rådet gi økonomisk støtte til forslaget om et forskningsprogram. Gjennom lobbyvirksomhet klarer NFAM likevel å påvirke Helse- og sosialkomiteen til å bevilge midler til forskningsprogrammet. Saken viser at politikere på Stortinget er i opposisjon til Norges Forskningsråd når det gjelder støtte til forskning på alternativ medisin. Borchgrevink lykkes i å bruke støtten fra politikere til å få opprettet et program for forskning innen alternativ medisin, på tross av motstand fra de faglige vokterne av forskningsmidler.

NFAM arbeidet for at midlene skulle administreres av dem, men saken endte med midlene ble kanalisert gjennom NFR<sup>45</sup> og RMF. Dette resultatet gir en pekepinn om

---

<sup>44</sup> Dokumentet er ett manuskript til en konferanse som ble holdt i Danmark i 2000.

<sup>45</sup> Norges Forskningsråd ble opprettet i 1993.

makten til NFAM. De har nok makt til å økonomiske midler på tross av motstand i NFR, men ikke nok makt til å oppnå kontroll over midlene utenfor NFR systemet.

Rådet oppretter en gruppe for utforming av selve programmet. To av medlemmene fra utvalget som arbeidet med innstillingen «Alternativ medisin» er blitt med inn i programstyret. Det er Borchgrevink og Brusset. Andre medlemmer er blant annet professor Per Fugelli og akupunktør Anette Koppang. Professor Jørg Mørland oppnevnes som leder 10.8.1993 etter en kort periode med professor Borchgrevink som innehaver av vervet. I juni 1994 publiseres programnotatet «Program for forskning om Alternativ medisin». Christian Borchgrevink står oppført som forskningskoordinator, mens Kjersti Engehaugen fra Helse- og Sosialdepartementet står oppført som utredningsleder.

Forslagene i programnotatet er stort sett en konkretisering av de overordnede målene fra innstillingen. En går inn for forskningskurs for å bygge et nettverk mellom stipendiater tilknyttet programmet, samt å invitere gjesteforelesere og andre forelesere og støtte fagreiser til de som er del av programmet.

I programmet står det fire punkter om mandatet til styringsgruppen. De skal «stimulere til forskningsaktivitet av høy kvalitet innen alternativ medisin», bidra til å øke forskningskompetansen hos alternative behandlere og å rette forskningen mot prosjekt som kan «belyse» effekt av alternative behandlingsmetoder, «spesielt ved plager som er utbredt i befolkningen og der en kan forvente samfunnsøkonomisk gevinst ved bruk av alternativ behandling» (NFR, 1994, s. 4). Dette er et politisk argument knyttet til de alternative behandlernes rolle som dyktige i behandlingen av sykdommer og plager med et sterkt innslag av psykosomatiske komponent. I tillegg kommer det rent politiske målet om å: «støtte prosjekter som kan bidra spesielt til samarbeid og gjensidig respekt mellom utøvere av alternativ medisin og skolemedisin».

I programnotatet beskrives alle prosjekt som er i oppstartsfasen. Eksempler på prosjekt som blir nevnt i programnotatet er «1. Akupunktur bedrer livskvalitet, ADL-funksjonen og smerter hos slagpasienter. 2. Homeopati reduserer hevelser og smerter etter tannekstraksjon. 3. Homeopati reduserer hyppighet og intensitet av



migreaneanfall 4. Homeopati reduserer smerter og andre symptomer hos fibromyalipasienter [sic]. 5. Akupunktur kan forebygge blærekatarr hos kvinner. 6. Akupunktur er et effektivt røykeavvenningstiltak. 7. Melbrosia bedrer sædkvaliteten hos menn. 8. Det er mulig å komme frem til enklere metoder for å stille diagnose candida related complex. 9. Kiropraktikk gir bivirkninger og i så fall hyppighet og alvorlighetsgrad av disse.» (NFR, 1994, s.7).

Punkt ni kan sees på som en respons på anklagene fra eksperter innen legevitenenskap om alvorlige bivirkninger av kiropraktikk, i forbindelse med arbeidet om autorisasjon av kiropraktikk. Når det gjelder de andre prosjektene, legger en merke til at de handler om å vurdere effekten av alternativ behandling mot plager og sykdommer som dels er såkalte subjektive helseplager og dels er sykdommer der en kan tenke seg at livsførsel og sosiale faktorer er av betydning. Det viser at de som har utformet programmet har en forståelse av at alternativ behandling som placebo er egnet til å bedre slike tilstander. Candidasyndromet, eller candida related complex, er en motediagnose knyttet til en kultbevegelse innenfor det alternative behandlingsfeltet. Prosjekt åtte, som handler om candida related complex, viser at det er en forbindelse mellom de som har utformet forskningsprogrammet og forkjempere for Candidasyndromet. Candidasyndromet blir avvist som en reell diagnose av ledende eksperter på området og det er grunn til å tro at troen på den dermed er en ren sosial konstruksjon.<sup>46</sup> Diagnosen gir uttrykk for sentrale verdier i deler av den grønne opposisjon til legevitenenskapen. Teorien er at menneskeskapt forurensing, samt antibiotikakurer, skaper en ubalanse i soppfloraen, noe som fører til overflod av sopp. Dette fører ifølge teorien til en rekke forskjelligartede plager som kløe og svie, tretthet, mangel på energi og depresjon. Behandlingen består av en streng diett som skal rense kroppen for sopp og gjenopprette balansen, samt bruk av soppdrepende midler. Jeg vil hevde at en her ser et uttrykk for at de som har utformet forskningsprogrammet har hatt en viss tilknytning til en kultisk helsebevegelse preget av ideer om rituell renselse i møte med moderne miljøtrusler. Det er videre grunn til å tro at det tilknytningen går via Norsk Forening for Helhetsmedisin, der Heiko Santelmann satt som leder i en viss periode. Santelmann er den ledende forkjemper for Candidasyndromet i Norge. Men,

---

<sup>46</sup> Se for eksempel Per Sandvens kritikk av diagnosen i Dagbladet Magasinets artikkel om Candidasyndromet fra 23.8.2003.

prosjektet om Candidasyndromet er ikke med i den endelige oversikten over forskning under programmet. Det er uvisst når og hvorfor prosjektet strandet.

#### 4.6. RESULTATENE: POLITISK SUKSESS, SAMARBEID MED ALLMENNEMEDISINSKE MILJØ, MOBILISERING AV ALTERNATIVE BEHANDLERE

For å få et klarere bilde av hva denne saken handler om er det viktig å beskrive resultatet de konkrete resultatene av forskningsprogrammet. Jeg baserer meg her på to kilder: Borchgrevinks rapport om forskningsprogrammet til programstyrets leder datert 4.6.1997 og oversikten over forskningsprogrammet på NSD sine hjemmesider. Borchgrevinks rapport gir en komplett oversikt over publiserte artikler basert på forskning finansiert av forskningsprogrammet frem til 1997. Det er ingen systematisk oversikt over publikasjoner i NSD oversikten, men jeg har foretatt et relativt systematisk søk på publikasjoner i pubmed og IsiWeb of Science.

##### 4.6.1. FORSKNINGSPOLITISKE KONSEKVENSER AV PROGRAMMET

På NSD's hjemmesider kan en lese en oversikt over både ressursbruk og innholdet i forskningsprosjektene som er finansiert gjennom programmet fra og med 1993 til og med 2003. Til sammen har man brukt litt over 22 millioner kroner på 42 forskningsprosjekt, spørreundersøkelser, rapporter, samt veiledning av tre doktorgradsstipendiater. De tre er Siri Aabel som forsket på homøopati mot bjerkepollenallergi<sup>47</sup>, Dag Viljen Poleszynski som leverte avhandlingen «Skolemedisin og alternativ medisin: Konkurransen eller samarbeid?» i 1998 og Gry Sagli som leverte sin doktorgradsavhandling «Acupuncture Recontextualized: The Reception of Chinese Medical Concepts among Practitioners of Acupuncture in Norway»<sup>48</sup> i 2003. Ifølge Borchgrevink (2000) fikk de også invitert ledende utenlandske forskere innen homøopati, akupunktur og kiropraktikk til å holde kurs og foredrag. I tillegg er målsetningen om et «Kompetansesenter innen alternativ medisin» oppnådd i form av NAFKAM som ble opprettet av Sosialdepartementet

---

<sup>47</sup> Ifølge omtalen av henne på NRK sine hjemmesider har Siri Aabel nettopp levert doktorgradsavhandlingen. Men den står ikke oppført i Bibsys.

<sup>48</sup> Ordinære opponenter ved disputasen er Elisabeth Hsü (førsteopponent), Laila Launsø (annenopponent) med Jarle Aarbakke som tredje medlem av kommisjonen

etter forslag fra Aarbakke-utvalget. Jarle Aarbakke satt som leder for programkomiteen fra 1995 til 1997 og fremhevet at de blant annet arbeidet med å opprette et senter for vitenskapelige studier av alternativ behandling da han satt i programstyret:

«Og sånn sett så en del av de tingene som nå er kommet i gang med et par av de tingene ved UiT med senteret for vitenskapelige studier av alternativ medisin, det var ting vi arbeidet med også i forskningsrådssystemet.» (Intervju, 2002)

Av årsrapportene til NFAM<sup>49</sup> går det frem at dette var en sak som man jobbet jevnt og trutt med overfor både sosialkomiteen og Helse- og sosialdepartementet frem til forslaget ble vedtatt av Norges Forskningsråd i 1999.

En gjennomgang av forskningsprosjektene viser at en gjennom dette forskningsprogrammet oppnådde samarbeid mellom alternative behandlere og instituttene for allmenntmedisin ved Universitetet i Bergen (5) og Universitetet i Oslo (6), og ved institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø (11). I parentes er oppgitt antall prosjekt som er gjennomført, der personer fra ansatt ved nevnte institutt har vært med enten som tilknyttet prosjektet, prosjektansvarlige eller medarbeidere. Tallet inkluderer både effektforskning og survey undersøkelser.

Sentrale personer er professor i allmenntmedisin Anders Bærheim ved UiB, professor i allmenntmedisin ved UiO, Christian Borchgrevink og professor i samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, Vinjar Fønnebø. Det er verdt å merke seg at Fønnebøs doktoravhandling var en studie av den helsemessige gevinsten av livsstilen til syvendedagsadventister. Ergo har han en faglig bakgrunn som gjør ham åpen for den helsemessige gevinsten av en religiøst begrunnet livsstil. Programstyret har i liten grad realisert målet om samarbeid med biomedisinske miljø om forskning på sammenhengen mellom psyke og soma. Ett unntak er Anders Bærheims prosjektet med tittelen «Akupunktur i forebyggingen av residiverende ukomplisert cystitt hos voksne kvinner». Residiverende cystitt betyr ukomplisert urinveisinfeksjon med tilbakefall. Dette var et tverrfaglig prosjekt der blant annet Asbjørn Digranes ved institutt for mikrobiologi og immunologi, og Torill Christine Lindstrøm ved institutt for samfunnspsykologi, står oppført som medarbeidere. Samlet sett tyder samarbeidet

---

<sup>49</sup> Se <http://www.altmedforsk.no/Arsrapp.htm> [1.3.2004]

mellom alternative behandlere og disse instituttene at det er skapt et nettverk av relasjoner mellom allmennmedisinske miljø og de mer respektable deler av det alternative behandlingsfeltet. Vi ser dermed at det nesten utelukkende er de allmennmedisinske miljøene i Norge som støtter dette forskningsprogrammet, noe som kan tolkes dit hen at de har en nærmere tilknytning til folkets interesser enn for eksempel disiplinspecialistene innenfor legevitenenskapen.

Borchgrevinks rapport fra 1997 viser at det på det daværende tidspunkt var publisert 23 artikler i ulike fora, flere i anerkjente fagtidsskrift. Det ble gjort studier av bivirkninger ved kiropraktikk og akupunktur behandling, og resultatene av begge disse ble publisert i tre forskjellige fagtidsskrift. Studiene dokumenterer at bivirkninger av kiropraktikk er nærmest ubetydelige, og er derfor nok en spiker i kisten til den legevitenenskapelige motstanden mot kiropraktikk. I tillegg ble Arne-Johan Norheims og Vinjar Fønnebøs studie av bivirkninger ved akupunktur publisert i det anerkjente tidsskriftet Lancet i 1995. Det å studere bivirkninger av alternativ behandling handler også om å ta feltet på alvor og kan hevdes å være et steg i legitimeringen av behandlingsformen.

Samtidig vil jeg fremheve at som sosial bevegelse demonstrerer det alternative behandlingsfeltet dens evne til å mobilisere menneskelige ressurser på vegne av bevegelsens interesser. Olafsdottir fremhever at forskning på alternativ medisin er personlig og ressursmessig krevende, spesielt hvis man ikke er utdannet innen legevitenenskap. På tross av dette beskriver både hun og Borchgrevink at flere alternative behandlere kastet seg ut i forskningsprosjekt med stor entusiasme. Ifølge Øygarden (1998) har New age bevegelsen problemer med å mobilisere på vegne av bevegelsen. Derimot viser denne saken at det alternative behandlingsfeltet lykkes i mobilisering, noe som viser eksistensen av solidaritet og oppslutning om en felles ideologi.

#### 4.6.2. VITENSKAPELIGE DILEMMA I FORSKNING PÅ ALTERNATIV MEDISIN

I det følgende skal jeg gi en analyse av forskningsprosjektene under «Program for forskning i alternativ medisin», organisert etter behandlingsform.

Tolv av prosjektene som står oppført i NSD oversikten omhandler akupunktur, ni av disse er kliniske eksperiment for å teste ut effekten av akupunktur, en er en test av akupunktorens forebyggende effekt og to er holdningsundersøkelser av akupunktur. Ti av prosjektene omhandler homøopati<sup>50</sup>, ni av disse handler om ulike innfallsvinkler for å se på effekten av homøopati mot ulike sykdommer, en av dem er en spørreundersøkelse for å beskrive holdningene til homøopati blant leger. Nesten samtlige effektstudier er om sykdommer der psykosomatiske aspekt sannsynligvis spiller en stor rolle. Valg av forskningsområde gjenspeiler dermed ikke uventet de alternative behandlernes erfaringer med hva slags plager eller sykdommer de opplever at de lykkes med å lindre eller å helbrede. For eksempel ser syv av studiene på effekten av enten homøopati, akupunktur eller fotsoneterapi mot ulike typer smerter. Andre eksempler er akupunktur for røykeavvenning, akupressur mot svangerskapskvalme, og homøopati og kiropraktikk mot spedbarnskolikk, eller homøopati mot dysleksi. Som vi skal se i delkapittel 4.7 spiller sosiale og psykologiske faktorer en viktig rolle ved spedbarnskolikk.

At programmet er dominert av akupunktur og homøopati gjenspeiler det faktum at ledere for homøopaters og akupunktørers yrkesorganisasjoner var sentrale initiativtakere til forskningsprogrammet, at de er to av de mest utbredte alternative behandlingsformene og at de har nærest tilknytning til deler av de allmennt medisinske miljøene.

Ingen av forskningsprosjektene har formulert som eksplisitt mål å forske direkte på placeboeffekten som behandlingseffekt, på tross av forslaget om dette i innstillingen «Alternativ medisin». Selv om de alternative behandlerne og legene implisitt har valgt å forske på lidelser der det er sannsynlig at sosiale og psykologiske faktorer er viktige, viser forskningsdesignet slik det er beskrevet i NSDs forskningsdatabase, at alternativ medisin tolkes som om den handler om rent fysiske effekter. Ergo, de som har gjennomført forskningen har ikke hatt en sofistikert forståelse av hva alternativ behandling handler om selv om de har hatt en erfaringsbasert forståelse av ved hvilke

---

<sup>50</sup> Ni av prosjektene nevner eksplisitt at det er et homøopatisk middel som skal testes, mens i det tiende som er inkludert står det kun at man ønsker å teste effekten av Arnica. Arnica viser seg ved nærmere undersøkelse å være et av de mest populære homøopatiske medisinene på markedet.

sykdommer og plager alternativ behandling har en effekt. Inntrykket av at forskningsprosjektene er preget av et standard legevitenskapelig forskningsdesign, støttes av erfaringene Per Fugelli gjorde seg som leder for programstyret. Fugelli reflekterer også over vanskene med vitenskapelig forskning på alternativ medisin:

«Ja, i hovedsak så var det jo effektforskning øh, knyttet til akupunktur og homøopati. Det var liksom flertallet av prosjektene var innenfor de områdene. Å, det er klart vi så jo på mange måter de vanskene, for det første var det jo oppmuntrende med det at det jo var en del ivrige og begavede alternativmedisinere som jo gjerne ville forske, men samtidig så fikk vi jo erfaring med de åpenbare vanskene som melder seg både på en måte, det ble tydelig at det på mange måter er en inkongruens i slike sammenhenger mellom de forskningsmetodene som er til rådighet, og de kvalitetskravene som ligger inni de, og det råstoffet som ligger der ute i alternativpraksis på den andre siden, som har nettopp med disse to fenomenene å gjøre. Den ene er en ekstrem grad av individualisering av diagnosebehandling og det andre, altså, det en gjør ved den typen forsøk er å bedømme en type intervensjon i en gruppe mot ingen eller annen type intervensjon i en annen gruppe. Når alternativmedisinerne både da sier at enkeltmennesket er unikt, kan ikke laves noen grupper av, og etter samme symptom kan påkalle helt ulike typer intervensjon. Ikke sant. Da blir det noe med hele grunnprinsippene i den alternativmedisinske behandlingen som ikke stemmer med de metodene som er utviklet i skolemedisinsk øhh studiedesign. Så det strevde vi jo mye med.» (Intervju, 2003)

Ifølge Fugelli er det videre paradoksalt å forske på alternativ behandling med legevitenskapelige metoder der man luker bort placeboeffekten, når alternativ behandling nettopp handler om gi placeboeffekten:

Ja, i aller høyeste grad<sup>51</sup>, og, du kan jo si, det er jo og et paradoks på en måte fordi i skolemedisinsk forskning så prøver en jo å eliminere placeboeffekten, i en god del av alternative behandlingstradisjonen så er det vel nettopp det vi kaller placeboeffekten, og det Bibelen kaller tro, håp og kjærlighet, hadde jeg nær sagt, som er selve behandlingsprinsippet og potensialet. Så det som på en måte blir betraktet som noe forstyrrelse, en forurensing, noe uønsket som en vil ha bort når en studerer skolemedisinske behandlingsformer, det er på en måte selve cluet i mange alternativmedisinske behandlingsprinsipper. (Intervju, 2003)

Borchgrevink (1997) kommer med et liknende poeng om de vitenskapsteoretiske problemene med legevitenskapelig forskning på alternativ medisin:

«Homøopatiske midler kan undersøkes dobbeltblindt, men i slike studier har man ikke sett på en eventuell effekt av det 1,5 – 2 timers lange førstegangsintervjuet med homøopaten. Godtar vi det vi sier på store akademiske høytidsdager, at «Legen er det beste terapeutikum», gjelder det vel også healeren eller legen.» (ibid, s. 2471)

---

<sup>51</sup> Jeg spurte om placeboeffekten var et stikkord når det gjelder forskning på alternativ behandling.

Jeg skal komme nærmere inn på dette dilemmaet innen legevitenskapelig forskning i neste delkapittel om et forskningsprosjekt under program for forskning innen alternativ medisin som handler om kiropraktikk mot spedbarnskolikk. Jeg skal bruke dette prosjektet som utgangspunkt til å utdype Fugellis poeng om inkongruens mellom alternativ behandling og legevitenskapelig metode. Et annet sentralt poeng er legeprofesjonens etiske vurdering ved bruk av placeboeffekten, og kiropraktorenes reaksjon når det gjennom forskning blir påvist at deres behandling kun har en placeboeffekt.

#### 4.7. KIROPRAKTIKK MOT SPEDBARNSKOLIKK, ET VITENSKAPELIG OG ETISK DILEMMA

En del spedbarn blir hvert år rammet av kolikk. Den starter i det små, øker mot en topp i seksukers alderen, der den holder seg i seks til åtte uker, før den gradvis avtar. Dette kalles for 3-måneders kolikken. I Store Norske Leksikon står det at kolikk skyldes at tarmene utvides på grunn av luftansamling, og det er smertene forårsaket av dette som er årsak til at barnet gråter. Fakta ifølge ekspertene på området er at en ennå ikke vet sikkert hva som er årsak til kolikk. En del eksperter stiller seg også skeptiske til om kolikk i det hele tatt er en reell diagnose siden den er basert på symptom og ikke på kliniske funn. Det er nok en av grunnene til at en ikke har funnet noen kur for denne lidelsen. Det eneste middel en har er medisiner som lindrer symptomene, men disse medisinene virker ikke på alle spedbarn. Det skal ikke mye fantasi til for å forstå at kolikk blir en stor prøvelse for mange nybakte foreldre. Foreldrene står dermed ovenfor en lidelse som utsetter familien generelt og mor-barn relasjonen spesielt for en lengre prøvelse, uten at legeprofesjonen har en kur å tilby mot plagen.

Den følgende hendelse er basert på et intervju med Edda Olafsdottir som ble gjort på 5.9.2003, samt forskningsinformasjon registrert på NSD og Olafsdottir et al (2001) artikkel «Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation» publisert i 2001. I tillegg trekker jeg inn en lederartikkel fra Journal of Diseases in Childhood (Marcovitch, 2001), samt oversiktsartikkel over all forskning gjort på kiropraktikk mot spedbarnskolikk (Hughes & Bolton, 2002), som også er et tilsvarende til Olafsdottirs artikkel.

#### 4.7.1. BAKGRUNN FOR FORSKNINGSPROSJEKTET

I kapittel tre hevdet jeg at en viktig del av kiropraktorenes profesjonaliseringsstrategi var å avgrense virkningsområdet for behandlingen til vonde rygger og nakker. På hjemmesiden til Norsk Kiropraktor Forening står det ikke noe sted at de behandler spedbarnskolikk. Men et søk på stikkordene kiropraktikk og spedbarnskolikk på søkemotoren Google avdekker at en rekke kiropraktorer faktisk tilbyr å behandle spedbarnskolikk. For eksempel skriver kiropraktor Richard Lunde ved Norsk Idrettsmedisinsk institutt at kiropraktorene er kjent for å behandle pasienter med spedbarnskolikk.<sup>52</sup> I praksis har kiropraktorene en relativt fri og empatisk rolle som fører til at de behandler en rekke tilstander, ofte subjektive helseplager.

I 1997 henvendte kiropraktor Steinar Forshei seg til barneklubben. Han ønsket å forske på om kiropraktisk behandling var effektivt mot spedbarnskolikk. Ifølge Olafsdottir var Forsheis forespørsel dels motivert av ønsket om å få en avveksling fra daglig praksis og rutine. Forshei hadde på denne tiden praktisert i over femten år som kiropraktor. Han hadde erfart meget gode resultat av sin behandling. Både det at foreldrene fortalte at det hjalp og det faktum at de ble værende i behandling hos ham etter første gangs behandling, hadde overbevist ham om at manipulering av spedbarns ryggstøyle var effektivt mot spedbarnskolikk. Han fikk blomster, vin og konfekt av takknemlige foreldre, noe som styrket hans tro på behandlingen. De ansatte på spedbarnsklubben hadde fått mange henvendelser fra foreldre som hadde lyst til å prøve kiropraktikk. Dette oppmuntret Olafsdottir og noen andre til å svare ja på Forsheis forespørsel om lage et eksperiment for å teste ut effekten av kiropraktikk i å helbrede spedbarnskolikk. Olafsdottir konstruerte deretter et forskningsdesign som fjorten kiropraktorer skrev under på at de aksepterte som en reell test av effekten av kiropraktikk ved spedbarnskolikk (Marcovitch, 2001).

Hva går så kiropraktisk behandling av spedbarnskolikk ut på? Kiropraktorene har en teori om at det er selve manipuleringen av ryggstøyle som har en gunstig effekt. Det viser at i dette tilfellet er det ikke bevissthet om kiropraktorer at det er placeboeffekten de benytter seg av. På en video om spedbarnskolikk som Olafsdottir lånte til meg, blir seeren vist noen klipp fra Forsheis behandlingspraksis. Spedbarnet er plassert med

---

<sup>52</sup> Se [www.nimi.no](http://www.nimi.no) [20.2.2004]



magen mot morens brystkasse og med ansiktet vendt mot hennes ansikt. Moren ligger på en behandlingsbenk og i oppreist stilling står en smilende Forshei og trykker forsiktig på spedbarnets rygg. For seeren fremstår det som en form for spedbarnsmassasje i avslappende omgivelser.

#### 4.7.2. FORSKNINGSDSIGN, RESULTAT OG REAKSJON

Med midler fra programmet «Forskning innen alternativ medisin» i Norges forskningsråd startet de opp studien i april 1998. Studien hadde en utvalgsstørrelse på 86 spedbarn. Gjennom tilfeldig uttrekning ble 46 av disse valgt ut til å motta behandling hos kiropraktor, mens kontrollgruppen på 40 kun skulle holdes av en sykepleier i ti minutter. Verken leger eller foreldre visste hvilke spedbarn som fikk behandling, det vil si at studien var dobbelt blind. Moren var ikke med inn til kiropraktoren, men leverte spedbarnet til en sykepleier som fulgte et hemmelig skjema for hvilke spedbarn som skulle inn til kiropraktor, og hvilke som bare skulle holdes før han eller hun ble levert tilbake til moren. I samme periode mottok foreldrene informasjon og støtte fra helsesenteret i likhet med andre foreldre som har spedbarn med kolikk.

Når studien ble avsluttet viste det seg at gråtetiden i gjennomsnitt var redusert fra ca. 5 til ca. 3 timer i begge grupper. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i gråtetid mellom testgruppen og kontrollgruppen. Konklusjonen var at kiropraktikk ikke er nyttig i behandlingen av spedbarn med kolikk:

«Og, klart det var skuffelse, både for oss og for han, men spesielt for han, at man ikke kunne påvise effekt av behandlingen. For det var klart nok ut i fra tallene vi hadde, og det var stort nok materiell, mener vi til å kunne si at det ikke var noen effekt av behandlingen utenom det man så av placebo.» (Intervju, 2003)

Ifølge Olafsdottir førte dette resultatet til at han ville slutte å behandle spedbarn med kolikk: «og det gjorde at han sluttet å behandle spedbarn for kolikk med kiropraktikk. Og han sa da at eg vil heller jobbe med det som pasientene mine sier, mener at gir effekt, sånn som dårlige rygger». (ibid)

Olafsdottir fortalte også at ønsket om å publisere undersøkelsen i tidsskriftet Archives of Disease in Childhood (ADC) ble møtt med en viss motstand i fagmiljøet, men da den likevel ble publisert ble det en de mest leste artiklene i det nummeret av ADC.

Sjefsredaktør i ADC, Harvey Marcovitch (2001), forteller om den faglige uenigheten angående publiseringen av Olafsdottirs artikkel i en leder med tittelen: «No compliment for complementary medicine». Tittelen og innholdet bærer for øvrig preg av en viss skadefryd rettet mot kiropraktorenes forsøk på å få effekten av deres behandling vitenskapelig bevist. Marcovitch forteller leseren at den anonyme fagfellen som vurderte artikkelen mente at den holdt metodisk mål, men at det ikke var noe poeng i å publisere en artikkel om «this sort of topic» (ibid, s. 382. Dette viser at kiropraktikk fortsatt blir regnet som alternativ behandling i legevitenskapelige kretser. Redaktørene var uenige i den anonyme fagfellens påstand om at det ikke var noe poeng i å publisere resultatene av Olafsdottirs forskning fordi artikkelen inneholder verdifull kunnskap for leger som skal vurdere om det er riktig å henvise til kiropraktor.

#### 4.7.3. INGEN EFFEKT, MEN LIKEVEL LINDRING – VITENSKAPELIGE OG ETISKE DILEMMA

Hvis den vitenskapelig korrekte konklusjonen er at kiropraktikk ikke har en effekt sterkere enn placebo, hvorfor opplevde da så mange foreldre og kiropraktoren at kiropraktikk hjalp? I svaret på dette spørsmålet er det to hovedpoeng. For det første at de aller fleste spedbarn blir bedre over tid uansett. Foreldrene oppsøker kiropraktor når barnet når den første topp i gråting og de bruker kiropraktor over lang tid. Og som nevnt vil flertallet av kollik spedbarn bli bedre av seg selv. Dette leder brukerne lett til å gjøre en feilslutning om kausalitet, der en tenker at en hvis en hendelse kommer etter en annen, så er den siste hendelsen forårsaket av den første. Her er det også et moralsk aspekt med i bildet. Når en blir frisk føler en ofte behov for å gi uttrykk for takknemlighet. En sympatisk alternativ behandler vil i et slikt tilfelle lett bli et objekt for denne følelse (Schick og Vaughn, 1995, s. 153).

For det andre placebo effekten som jeg beskrev i delkapittel 2.4.1. Jeg spurte Olafsdottir om hva placebobehandling er. Først svarte hun at det er en lurebehandling. Ideen om at placebo er en lurebehandling kommer fra eksperimentsituasjonen der placebo nettopp handler om å gi pasienten «sukkerpiller», men lure ham til å tro at han mottar reell medisin. Men rett etterpå kom hun frem til at det kanskje er galt å kalle det en lurebehandling. Hun ga deretter følgende forklaring:

«Og så har du den placebo effekten, som vi ikke vet hvordan vi skal forklare helt, men det er noe med at foreldrene takler barnet annerledes. Så de kanskje får en trygghet som igjen overføres til barnet, sånn at den dårlige sirkelen blir brutt på en måte, på skriking.» (Intervju, 2003)

Dette poenget utdypet hun senere under intervjuet:

«Altså, det trur vi betyr en del. Du ser jo alltid at selv om foreldrene kanskje ikke sier det direkte men foreldrene sitt sinnstilstand smitter over på barnet, om du er rolig og balansert alltid så vil det uansett smitte over på barnet, er du hektisk og kavete så vil det smitte over på barnet. Men det er ikkje noe som du liksom kan måle, det er sånn som man erfarer.» (Ibid)

Av Olafsdottirs utsagn går det frem at placeboeffekten kan i dette tilfellet være en reell effekt som minsker gråtetiden gjennom å påvirke interaksjonen mellom mor og barn. Hvorfor ikke da sende folk til behandling som kun har en placebo effekt? Hennes svar er for det første at pasienten har krav på å vite om behandlingen har en dokumentert effekt eller ei. For det andre at det er helsevesenets plikt å skape den gunstige placeboeffekten gjennom rådgivning og sosial støtte. Dessuten mener hun at kiropraktikk er dyrt, og at det derfor er galt å be pasienten bruke penger på det når den behandlingen en betaler for ikke har effekt.

«Nei, det vil eg ikkje gjøre, for eg syns at man skal bruke behandling på det som er påvist. Og, det som er veldig sånn som for den pasientgruppen og for familien, det er støtte fra de som skal støtte, helsestasjonene og hjelpeapparatet i det daglige, da kan du gjerne gi placeboeffekten. Men eg synes ikkje det er riktig at du, for at dette her betaler du jo får, det at foreldre gikk til kiropraktor og betalte for det. Å eg synes ikkje det er riktig at du betaler for noe du vet ikke er skikkelig behandling men en placeboeffekt som du kan få andre steder dersom samfunnet skal yte det, som på helsestasjonene.» (Ibid)

I nummer 86 av «ADC» står det en artikkel som er et tilsvarende på Olafsdottirs konklusjon. Rapporten er skrevet av Stephen Hughes ved Northwick Park Hospital og Jennifer Bolton, forskningsdirektør ved «Anglo-European College of Chiropractic». Sistnevnte kan dermed antas å ha interesser i å forsvare kiropraktorers virksomhet. Den har tittelen «Is chiropractic an effective treatment in infantile colic?» (Hughes og Bolton, 2002). Rapporten inneholder en oversikt over all publisert forskning om emnet, men de konsentrerer seg om de to beste forskningsarbeidene, studien til Olafsdottir og en dansk studie. Sistnevnte har en positiv konklusjon på spørsmålet om kiropraktikk har en effekt. De to britiske forfatterne drøfter det metodiske designet til de to studiene og påpeker at Olafsdottir et al studie har det mest solide design fordi

den er dobbelt blindet, mens den danske studien har visse fortrinn fordi den er mer pragmatisk. I den danske studien ble et utvalg på 50 spedbarn delt inn i to like store grupper. Den ene gruppen mottok kiropraktisk behandling i to uker mens den andre fikk dimethicone, en medisin som skal ha effekt mot kolikk. Forsøket var ikke blindet og foreldrene var med inn til kiropraktorbehandlingen. Foreldre som tok spedbarna med til kiropraktor opplevde en signifikant bedring av kolikksymptomene og større bedring enn de som kun fikk dimethicone.

Hughes og Bolton (2002) innfører deretter et skille mellom efficacy og effectiveness. «Efficacy» er effekten av selve behandlingen mens «effectiveness» er summen av effekt både av selve behandlingen og av de sosiale og psykologiske aspekt som en behandlingssituasjon medfører (ibid, s. 384). Med andre ord, «effectiveness» er summen av placebo og den rene fysiske effekten av behandlingen. De konkluderer med at kiropraktisk behandling ikke har «efficacy» i behandling av spedbarnskolikk, men at den likevel har «effectiveness». «The evidence suggests that chiropractic has no benefit over placebo in the treatment of infantile colic. However, there is good evidence that taking a colicky infant to a chiropractor will result in fewer reported hours of colic by the parents» (ibid, s. 384)

Jamfør dette med poenget om antall dager sykefravær som effektmål ved kiropraktisk behandling av ryggpasienter, eller med begrepet behandlingseffekt i innstillingen «Alternativ medisin». Ut fra dette er deres anbefaling til leger at det er riktig å råde foreldre til å bruke kiropraktor som de stoler på hvis det ikke finnes andre gode tilbud og hvis situasjonen er prekær. Det at de fremhever pasientens tillit til behandleren som et kriterium er verdt å merke seg. Det viser at de er klar over at placeboeffekten avhenger av tillit. Artikkelen til Hughes og Bolton fremstår som et etisk forsvar for bruk av alternativ behandling. Ved å innføre begrepet om «effectiveness» overskrider de det strenge skillet mellom psyke og soma i legevitenskapen, og kan anbefale kiropraktikk ved spedbarnskolikk uten å fremstå som uvitenskapelige. Dette er en form for kunnskapspolitikk der en bruker faglige argument til å stille spørsmålstegn ved bruken av dobbelt-blind randomisert studie som den beste forskningsmetode. Dette er en form for kunnskapspolitikk vi så kiropraktorene brukte i utredningen om autorisasjon av kiropraktikk, der en i motsetning til legene viste til tryggedata som effektmål.

Jeg utfordret Olafsdottir til å forsvare hennes anbefaling om at en ikke bør bruke kiropraktor når disse britiske forfatterne kommer til en annen konklusjon basert på samme datagrunnlag.

Olafsdottirs svar på denne utfordringen er interessant og jeg gjengir den derfor i sin helhet:

«Fordi at, altså det ligger i det at den gode effekten av å komme til en behandler, den er jo der. Sant. Og sånn som i England så er nok, øh, public health tjenesten, er nok ikke så utbygd som i Skandinavia. Å, eg forstår de jo godt når de sier dette her, fordi at de har, de ser ofte folk fra trange kår som strever med spedbarn å, man vet jo det at en del av disse ungene blir utsatt for overgrep. Altså, at de blir mishandlet. Det er jo sjelden her i landet, men det, det må man være oppmerksom på at det kan skje. Og når man har snakket med foreldre som har kolikkbarn så sier de at tanken har jo streifet dem i at de skal bare hive ungen ut fra altanen, at de er så slitne og oppgitt, og de orker ikkje mer. Men da er jo en grenseskilnad mellom hva du gjør og hva du tenker. Så, de fleste gjør jo ingenting. Men, hvis du ikke har noen støtte rundt deg, hvis du har ingen avlastning, så kan det hende at det blir mishandling. Så eg trur nok at de tenker litt på den måten når de britiske som skriver.»  
(Intervju, 2003)

Olafsdottirs svar viser at fagetiske tolkningen av forskningsresultat er betinget av den sosiale kontekst. Det kan være etisk forsvarlig å benytte placebo effekten gjennom henvisning til kiropraktorer når det ikke eksisterer alternativer. Dessuten er det her et politisk poeng. Ifølge Olafsdottir mangler mange unge par med spedbarn som har kolikk den nødvendige sosiale støtten til å takle en slik situasjon. Dette ser hun i sammenheng med at storfamilien ikke lenger gir samme støtte til småbarnsforeldre som den tradisjonelt har gjort. Dermed kan folks bruk av kiropraktikk i noen tilfeller være en indikator på manglende sosial støtte og et sviktende offentlig helsetilbud og det bør være det offentliges oppgave å bygge ut en slik tjeneste. Tolkningen av forskningsresultatene blir dermed påvirket av de etiske og politiske verdiene til den som har utført forskningen. Men slike verdier eller samfunnsmedisinsk refleksjon kommer ikke eksplisitt til uttrykk Olafsdottir et al artikkel. Konklusjonen i artikkelen inneholder en universell anbefaling, mens selve anbefalingen er basert på et sett etiske og politiske verdier og på en forståelse av samfunnet som ikke omtales i artikkelen.

#### 4.7.4. KONKLUSJON

Jeg vil trekke frem flere poeng når det gjelder hva denne saken belyser både når det gjelder dilemmaer knyttet til placeboeffekten, og når det gjelder utfordring av legeprofesjonen fra en alternativ behandlingsform. Sakens utgangspunkt er kiropraktorer som søker vitenskapelig legitimitet gjennom å gjøre egen behandlingsform til gjenstand for et legevitenskapelig eksperiment. Eksperimentet finansieres av forskningsmidler som de selv har vært med på å fremskaffe gjennom deres engasjement i NFAM. For kiropraktorene er handler det om å legitimere egen behandling vitenskapelig. De blir møtt av en velvillig representant for legevitenskapen som synes prosjektet er vitenskapelig interessant, og som er åpen for å forske på alternative behandlingsformer. Olafsdottir søker å teste ut kiropraktorenes egen teori om det er det å manipulere ryggspylen som fører til en god effekt, og bruker derfor et dobbelt-blindt randomisert eksperimentdesign. Hovedpoenget er at et slikt forskningsdesign er laget for å teste ut de manifeste aspektene ved kiropraktikk mot spedbarnskolikk, men ikke er laget for å måle den latente effekten: det å påvirke mor-barn relasjonen, eller det Fugelli kaller tro, håp og kjærlighet aspektet ved alternativ behandling. Et sentralt poeng er at kiropraktorene selv tror at det er selve behandlingen av ryggspylen som har effekt, og når det blir påvist at det ikke stemmer velger de å slutte å behandle barn med spedbarnskolikk. Ergo, kiropraktorene identifiserer seg med kiropraktikkens teori, og det er derfor galt å hevde at kiropraktikk kun handler om placebo. For kiropraktorene og pasientene handler det om troen på en fysisk virkningsfull behandling.

Mens både Olafsdottir og kiropraktoren som tok initiativ til eksperimentet konkluderte med at en ikke bør tilby kiropraktikk ved kolikk, kom det et kunnskapspolitisk forsvar for å bruk av kiropraktikk ved spedbarnskolikk. For å gi et vitenskapelig forsvar for kiropraktikk, lagde de som forsvarer behandlingen et effektbegrep som inkluderer placeboeffekten. Og i motsetning til Olafsdottirs samfunnsøkonomiske poeng, trakk disse inn faktorer som mangelen på etablerte behandlingstilbud og dessuten spørsmålet om det var tillit mellom pasient og kiropraktor. Denne debatten kan dels tolkes som en profesjonsstrid mellom legeprofesjon og kiropraktorer, men den berører også fundamentale vitenskapsteoretiske poeng som til dels både legevitenskap og kiropraktorer tar for

gitt. Selv om Olafsdottir er velvillig innstilt til kiropraktikk, tvinger de legevitenskapelige normene henne til å designe et eksperiment som er lite pragmatisk. De to forsvarerne av kiropraktikk mot spedbarnskolikk driver med en form for kunnskapspolitikk innad i legeprofesjonen, der placeboeffekten gis en positiv betegnelse gjennom å betegne den som en helhetlig effekt: effectiveness. Olafsdottir tolket dette politiske poenget ut fra at kiropraktorene spiller en viktig funksjon i det britiske samfunn, der det etablerte helsevesenet i langt mindre grad enn det norske kan støtte foreldre som har spedbarn med kolikk. Hvis hennes tolkning er korrekt, handler det å forsvare kiropraktorenes behandling av kolikkbarn i Storbritannia ikke så mye om en profesjonsstrid, som det å rett og slett forsvare at leger kan henvise til en behandlingsform som har en viktig sosialpsykologisk betydning. En må bruke vitenskapelige argument når en underbygger et slikt forsvar, fordi slike argument har høyest prestisje i legevitenskapelige kretser. At denne debatten egentlig handler både om politikk og etikk, men i stor grad debatteres med et legevitenskapelig begrepsapparat, er et resultat av en norm om nøytralitet overfor politikken i legevitenskapelige kretser.

Uten sosial støtte kan det ved spedbarnskolikk lettere oppstå en farlig krise i familien og i mor-barn relasjonen, som i verste fall kan føre til vold mot barnet. Dette siste poenget viser at det er nyttig å skille mellom en latent og en manifest funksjon av alternativ behandling. Brukere og behandlere tror gjerne at behandlingen handler om fysisk sett virkningsfulle teknikker, det vi kan kalle behandlingens manifeste funksjon. Men egentlig handler behandlingen om noe annet, det handler om betydningen av psykologisk trygghet og sosial støtte for mennesker som er i en vanskelig situasjon. Når Fugelli sier at innen alternativ behandling så er placeboeffekten selve behandlingsprinsippet, er det den latente funksjonen av alternativ behandling han viser til. Her er det relevant å trekke inn Bronislaw Malinowskis modell for bruk av magi i primitive samfunn. Når jeg nå sammenligner bruken av alternativ behandling med bruken av magi i såkalte primitive samfunn, er dette for å antyde at visse trekk ved mennesker er konstante på tvers av kulturelle forskjeller. Det er dermed ikke slik som enkelte hevder at det moderne mennesket er radikalt mer rasjonelt enn mennesker i såkalte primitive samfunn. Også mennesker i moderne samfunn kan ha behov for den ekstra forventningen om bedring ved en kritisk tilstand som en positiv og selvsikker behandler kan gi. Denne forventningen

kan gi en trygghet som gjør en bedre i stand til å mestre en uvant og vanskelig situasjon. Men i motsetning til i primitive samfunn er det sjelden at en pasient aksepterer en at behandleren viser til magiske krefter eller til Gud, behandleren må kunne gi en fysisk forklaring og helst kunne fremvise vitenskapelig dokumentert effekt.

#### 4.8. OPPSUMMERING

I dette kapittelet har jeg vist at det var interesseorganisasjonen Norges Forskningsfond for alternativ medisin som tok initiativ til programmet. Denne organisasjonen ble stiftet av representanter for fem av de større alternative behandlingsorganisasjonene. Innstillingen som lå til grunn for programnotatet ble utformet av to leger som var sentralt posisjonert på det alternative behandlingsfeltet, Jens Lunden og Stig Bruset. Blant de som søker vitenskapelig legitimitet er det med andre ord mange leger som også har posisjoner på det alternativt behandlingsfeltet. Blant de som tildeler legitimitet er institutt for allmennmedisin, helse- og sosialkomiteen samt Per Fugelli og Christian Borchgrevink. Både Fugelli og Borchgrevink fremstår som desillusjonerte representanter for det etablerte helsevesen som leter etter et alternativ. Bernt Tore Rognlien, Dag Viljen Poleszynski og Stig Bruset har alle utdannelse innen legevitenskapelige fag, samtidig som de har identitet i tilknytning til det alternative behandlingsfeltet, og søker legitimitet på vegne av det feltet de føler identitet overfor. Jens Lunden er tidligere allmennpraktiserende lege, men fremstår som en aktør som utelukkende føler lojalitet til det alternative behandlingsfeltet. Lunden er stifter av den største utdannelsesinstitusjonen på det alternative behandlingsfeltet. Alle fire har enten en bakgrunn, eller en begrunnelse for deres engasjement for det alternative behandlingsfeltet, som jeg vil hevde faller inn under kategorien grønn opposisjon, Poleszynski har i tillegg en klar politisk profil som rød/grønn utopi. Både Stig Bruset og Dag Viljen Poleszynski sitter i styret i en unik organisasjon på det alternative behandlingsfeltet, en organisasjon som identifiserer seg med det alternative behandlingsfeltet men som ikke er en yrkesorganisasjon, men en organisasjon som søker politisk endring av det etablerte helsevesen. De som kun søker legitimitet er representanter for de best organiserte yrkesgruppene av alternative behandlere, som homøopater, akupunktører og kiropraktorer. Samlet sett har bevegelsens nøkkelrepresentanter formulert innstillingens mål som handler om å gi øket legitimitet til alternativ behandling ved å gi feltet vitenskapelig autoritet både gjennom



effektforskning, og ved å utdanne egne forskere. Miljøet som står bak forskningsprogrammet utgjør disse et sosialt nettverk, med en felles ideologi og med en identitet med hele det alternative behandlingsfeltet hos enkelte av miljøets aktører, og kan dermed betegnes som en sosial bevegelse. Denne hendelsen viser at det alternative behandlingsfeltet som sosial bevegelse både lykkes i å mobilisere dens medlemmer til å jobbe på vegne av feltet, og at de har en viss politisk legitimitet og makt. Den politiske legitimiteten må sees i sammenheng med bevegelsen representerer grupper av behandlere som er populære i befolkningen, og dessuten at de representerer en ideologi som har en viss støtte i det politiske system. Bak dette prosjektet kan en også ane en form for idealisme som kan sees i lys av New age bevegelsens bærende ideer: fremtidshåp, gi enkeltindividet makt over egen helse og aktivisere pasienten, samt fokus på økologisk balanse med naturen.

Rettferdiggjøringen av programmet består av:

- a. politisk argumentasjon som respekt og samarbeid og der et sentralt argument er hvor utbredt bruk av alternativ behandling er i befolkningen,
- b. gjennom å fremheve den mulige samfunnsøkonomiske gevinsten av alternativ behandling,
- c. gjennom kunnskapsrelativisme
- d. gjennom å hevde at den etablerte medisinen er lukket for ny innsikt
- e. gjennom selvbevisst konfrontasjon med kritiske innvendinger
- f. gjennom å presentere en samlet ideologi for det alternativ behandlingsfeltet, som innebærer en kritikk av legeprofesjonens virke

Forfatterne av programmet bevisst at dommen fra den etablerte legevitenenskap er at alternativ behandling handler om placebo og religiøs overbevisning. Derfor oppstår det en rekke paradoks i relasjon til den etablerte legevitenenskap. En bruker et selektivt utvalg av vitenskapelige autoriteter til å underbygge programmet, men avviser dommen fra andre vitenskapelige autoriteter. Som Gilhus og Mikaelsson (1998) påpeker, har New agere et ambivalent forhold til vitenskapen. På den ene siden tenderer de mot å avvise tradisjonelle autoriteter, på den andre side er naturvitenskapen en så stor autoritet i det moderne samfunn at den er en sentral legitimeringsinstans. Gjennom dette forskningsprogrammet har det alternative

behandlingsfeltet beveget seg inn i løvens hule, den naturvitenskapelige institusjon, hvis representanter for det meste har vært bevegelsens sterkeste kritikere.

På tross av at en i innstillingen har et punkt om forskning som retter seg direkte mot placebo effekten ender en i praksis opp med prosjekter der en fokuserer på effektforskning, og bare i liten grad reflekterer over placeboeffekten.. Dette gjenspeiles i forskningsprosjektene som for det meste ikke problematiserer hva en ønsker å oppnå med forskningen, å vise betydningen av psykiske eller sosiale forhold for helbredelse, eller å påvise effekten av en spesifikk behandling eller medisin.

I programnotatet er punktet om behandlingseffekt fjernet, mens en nevner en samarbeid med biomedisinske miljø om forskning på psykiske faktorer effekt på den fysiske helsen via nervesystemet. Gjennomgangen av prosjektene viste at en i liten grad lykkes med å oppnå et samarbeid med biomedisinske miljø. Forskningsprogrammet har derimot ført til et samarbeid mellom flere institutt for allmenntilleggsmedisin og det alternative behandlingsfeltet. Det er spesielt akupunktører og homøopater som har blitt dratt inn i dette samarbeidet. Samtidig er naturvitenskapens en autonom institusjon med egne regler, forskning på alternative behandlingsformer kan dermed også føre til at en motbeviser den spesifikke effekten av homøopatiske remedier eller andre alternative behandlingsformer, på tross av behandlerens gode erfaringer. Det forskningsmessige resultatet av dette programmet oppsummerer Borchgrevink i en artikkel i Tidsskrift for den Norske Lægeforening i 1997. Ifølge Borchgrevinks har en ikke lykkes i å dokumentere effekten av noen alternativ behandlingsform med unntak av akupunktur mot kvalme. I tillegg fikk en påvist at det er ubetydelige bivirkninger av kiropraktisk behandling. Ifølge Borchgrevink er det dermed grunn til å tro at den gode effekten som behandlere opplever i stor grad skyldes placeboeffekten. I «Erfaringer fra et forskningsprogram i alternativ medisin i Norge» (Borchgrevink, 2000) står det et punkt som både forteller hva de resultatene av forskningen ble, og hvordan resultatene ble mottatt av alternative behandlere:

«Vi må ha en strategi som sier hvorledes man skal takle negative resultater. Det var en betydelig optimisme blant alternative behandlere, og den er nok dempet etter hvert som mange av resultatene har vært negative. Forskerne er blitt uglestett fordi de ikke fant effekt av behandlingen. ”Dette skyldes ikke at det var noe galt med homøopatien, men at homøopatene ikke var gode nok osv. osv.”» (ibid, s. 5)



## **5. Offentlig debatt om forskning innen alternativ behandling**

### **5.1. INNLEDNING**

I så vi at forskningsprogrammet «Program for forskning innen alternativ medisin» fikk økonomiske midler på tross av motstand innad i Forskningsrådssystemet. Forskningsprogrammet ble gjennomført med støtte fra de allmennmedisinske miljø ved alle norske Universitet. I dette kapitlet skal vi se at de mer spesialiserte legevitenskapelige miljø kritiserer dette programmet.

Analysedelen av dette kapitlet starter med en redegjørelse for Tor Waalers angrep på Torbjørn Jagland og på NFR-stipendiat i homøopati Siri Aabels. Denne debatten blir etter hvert utvidet til en generell debatt om forskningsprogrammet og offentlig godkjenning av alternativ behandling. Den sistnevnte debatten ble startet av professor i ernæringsvitenskap Christian A Drevon som en reaksjon på Jaglands offentlige utspill til støtte for alternativ behandling.

Sett under ett ble det en stor debatt med flere sentralt posisjonerte deltakere. Blant annet deltok en av initiativtakerne til forskningsprogrammet, Jens Lunden, i debatten. I tillegg deltok Siri Aabel som er stipendiat under forskningsprogrammet for alternativ medisin og Tor Waaler, en sentralt posisjonert professor i galenisk farmasi. At debatten er offentlig medfører at debattantene tvinges til å gi en allmenn legitimering av deres virke og deres verdier, noe som gjenspeiler hvordan de forstår deres rolle i samfunnet. Debatten kan dermed forstås som den offentlige legitimering av forskning på alternativ behandling, i møte med kross kritikk av forskningsprogrammet fra autoriteter innen legevitenskap og naturvitenskap. Av disse grunner er debatten godt egnet til å belyse relasjonen mellom de som søker vitenskapelig legitimitet innenfor det alternative behandlingsfeltet, og de som tildeler den innenfor den naturvitenskapelige og innenfor det politiske system.

Kildene til dette kapitlet er alle debattinnlegg om alternativ behandling publisert i Aftenposten i 1997 som er relatert enten til forskningsprogrammet innen alternativ

behandling eller til Aarbakke utvalgets innstilling. Utvalget ble foretatt ved hjelp av søkemotoren Atekst.<sup>53</sup>

I disse sakene er det viktig å ha en forståelse for plasseringen og dermed rollene til de ulike aktørene. Grovt sett må en skille mellom den naturvitenskapelige institusjon, det politiske system og det alternative behandlingsfeltet. Innenfor den naturvitenskapelige institusjon må en skille mellom forskning og anvendt kunnskap. Blant forskere er søken etter sannhet den sentrale verdi, men overfor samfunnet brukes ofte legitimering gjennom henvisning til kunnskapens nytteverdi. Innenfor det politiske systemet råder normene om representasjon og kompromiss mellom ulike interessegrupper. Innenfor den naturvitenskapelige institusjon kan en gjøre følgende inndeling:

**Tabell 3. Skjematisk oversikt over posisjoner innenfor den naturvitenskapelige institusjon.**

<b>Grunnforskning</b>	<b>Anvendt kunnskap/kunst</b>
Kjemi, fysikk, biologi	Ingeniører
Legevitenskap	Allmennpraktiserende leger og ulike spesialister

Jeg regner sentralt plasserte professorer innen naturvitenskapen som en form for offisielle forsvarere av det naturvitenskapelige etos og den naturvitenskapelige institusjon (se delkapittel 3.3.3 for en kort innføring i naturvitenskapens etos). Jeg regner videre allmennpraktiserende leger som talsmenn for profesjonsinteresser. I tillegg er det en blandet rolle for forskere innenfor legevitenskapen som i det minste i denne saken eksplisitt eller implisitt regner seg som en del av legeprofesjonen. I den grad forskere innen legevitenskap opptrer som representanter for legeprofesjonen i den offentlige debatt, vil dette forholdet berøre hvilken tiltro allmennheten og politikere har til deres argument.

---

<sup>53</sup> Vedlegg gir en komplett oversikt over alle innlegg og deltakere i debatten. Ved bruk av Atekst mister man noe informasjon, for eksempel bruk av bilder eller artikkelens plassering i avisen. Samtlige av refererte leserinnlegg og kronikker er fra Aftenposten Aften.

Siden det alternative behandlingsfeltet ikke er institusjonalisert og befinner seg utenfor det etablerte system, er det som vi så ikke mulig å beskrive feltet med utgangspunkt i profesjoner. Men vi registrerer at det finnes organisasjoner og ulike interesser. Alle organisasjoner har som mål å oppnå økonomisk trygghet og stabilt pasientgrunnlag gjennom offentlig autorisasjon, men det kan finnes ulike syn på de rette midler for å oppnå dette målet. Blant medlemmene innenfor organisasjonene og blant alternative behandlere som ikke er tilknyttet organisasjoner, er det grunn til å regne med større ambivalens når det gjelder tilknytning til det etablerte helsevesen. Blant lederne i organisasjonene er det også ulike syn på hvilken vei en bør gå for å oppnå dette målet.

---

**En gruppering av posisjonene til representanter for naturvitenskap og helsevesen i denne debatten:**

- A. De som forsvarer naturvitenskapen fra politisk innflytelse og påvirkning fra det alternative behandlingsfeltet:  
Dr. ing, professor i fysikk ved Norges Landbrukshøgskole, Gaute T. Einevoll, professor i kjemi ved UiO, Tyge Greibrokk, og professor dr. philos, Leiv Klungøy
- B. De som forsvarer både legestandens profesjonsinteresser og naturvitenskapen fra politisk innflytelse. Denne gruppen de har en blandet posisjon eller uklar rolleforståelse:  
Professor dr. med. ved fysiologisk institutt, Universitetet i Bergen, Kjell Hole, professor ved institutt for ernæringsforskning på UiO, Christian A. Drevon, professor i galenisk farmasi ved UiO, Tor Waaler.
- C. De som forsvarer legers profesjonsinteresser:  
Skolemedisinere og allmennpraktikere, Per Fevang

Flere av forskerne er tvetydige i spørsmålet om de ønsker forskning innen alternativ behandling velkommen. På den ene side gir for eksempel Waaler prinsipiell støtte til forskning innenfor homøopati, mens han på den annen side gjennom vitenskapelige argumenter viser at homøopati ifølge etablert naturvitenskapelig viten ikke kan ha en klinisk effekt. Dette kan være uttrykk for en ambivalens mellom det å støtte initiativet til yngre forskeres ønske om å forske på et «kontroversielt» felt, og på den annen side kriteriet om fruktbar forskning gjennom å være basert på eksisterende naturvitenskapelig viten.

**Blant sentralt posisjonerte alternative behandlere kan en skille mellom to hovedposisjoner:**

- A. De som mener at vitenskap er en viktig kilde til å legitimere alternativ behandling og forsvarer forskning på alternative behandlingsformer:  
Lege, homøopat og NFR-stipendiat i alternativ medisin; Siri Aabel. I tillegg satt Siri Aabel NFAMs representant i programstyret for Program for forskning innen alternativ medisin i 1996. Akupunktør NFKA og ansatt ved Balder-Klinikken; Oddveig Birkeflet, Leder for Norske Homøopaters Landsforbund; Arve Haugan, Studierektor ved Norsk Akademi innen Naturmedisin; Jens Lunden, Leder i Norsk Homøopatisk Pasientforening; Thore K. Aalberg, internasjonal homøopatguru, ingeniør og forfatter av lærebøker innen homøopati som blir brukt ved NAN; George Vithoulkas,
- B. De som kun forsvarer ut fra et folkelig og grønt perspektiv:  
Bente Helen Schei, Faun Forlag, utgiver av alternativ behandling.

Merk at flere av de som står oppført under A. er tvetydige i spørsmålet om de ønsker forskning. Ett typisk uttrykk for denne tvetydighet er akupunktør Oddveig Birkeflet som i leserinnlegget med tittelen: «Uegnet forskning» hevder at: «Medisinske forskningsmetoder er ikke egnet for å undersøke alternativ medisin» for like etterpå hevde at: «Grunnforskning og forskningens frihet betegnes som gunstig for nyvinning. Derfor mener jeg det er klokt av regjeringen Jagland å støtte forskning på alternative behandlingsmetoder.» Dette programmet er jo nettopp basert på medisinske forskningsmetoder.

**Det politiske system, Storting og regjering:**

Rita Ottervik, politisk rådgiver ved Statsministerens kontor:

Ottervik forsvarer forskning gjennom henvisning til den demokratiske legitimitet til forskningsprogrammet og ved vise til økende bruk og deres positive vurdering av alternativ behandling. Denne argumentasjonen er basert på ideer om kompromiss og samarbeid mellom ulike interesser.

---

Debatten starter med at professor i farmasi Tor Waalers forsøk på å vinne tilbake lojaliteten til Siri Aabel. Aabel er doktorgradstipendiat under «Program for forskning innen alternativ medisin», hvor hun forsker på homøopati mot bjerkepollenallergi. I denne debatten inngår også reaksjoner på Jaglands offentlige støtte til alternativ behandling, noe jeg kort skal redegjøre for.

## 5.2. WAALERS BLANDEDE ROLLE SOM FORSKER OG REPRESENTANT FOR FARMASØYTISK INDUSTRI

Jeg vil starte med en kort presentasjon av Waaler basert på ett intervju med ham i Aftenposten den 24.3.1997 med tittelen: «Naturmedisin må dokumenteres». Intervjuet er i en forstand et debattinnlegg knyttet til de artiklene jeg tar for meg i den følgende analysen. Samtidig gis også leseren en beskrivelse av hans faglige autoritet som professor i galenisk farmasi siden 1968, og som initiativtaker til flere store forskningsprosjekt «med norske og utenlandske farmasøytiske bedrifter og institusjoner». Her står det også at han har veiledet nær 90 hovedfagsstudenter. Innenfor den naturvitenskapelige institusjon finnes det ifølge Bell (1999) ofte en gruppe seniorer hvis ytringer på vegne av naturvitenskapens etos fordrer respekt. En slik fronting av ens faglige autoritet i kombinasjon med argumenter for en sak, gir et innblikk i hvordan Waaler oppfatter sin egen rolle i debatten. Det er sannsynlig at Waaler er en senior i Bells forstand, og er en talsmann for naturvitenskapens hevdvunne verdier og forventer og sannsynligvis mottar respekt internt i det legevitenskapelige miljøet. Disse beskrivelsene bidrar også til å gi Waaler en solid autoritet overfor befolkningen. Samtidig biter en seg merke at hans kopling til farmasøytisk industri blir fremhevet, noe som viser at hans rolle ikke er rent vitenskapelig.

Waalers tredje tekst i Aftenposten om naturmedisin er kronikken «Jagland og homøopatens plass i Norge» fra 5.1.1997. Waaler hadde en lignende kronikk i samme avis vinteren 1996 med tittelen: «Jagland må gjøre sin hjemmelekkse». I den førstnevnte kronikken går Waaler til angrep både på homøopatens grunnlag og på Torbjørn Jaglands holdninger til homøopati. Jagland var på denne tiden en varm forkjemper for alternativ behandling, blant annet fordi han selv mente å ha blitt kurert av Sjøgrens syndrom av et homøopatisk remedium. Jagland tok opp spørsmålet om alternativ behandling på ett landsmøte i 1995 og skrev positivt om alternativ behandling i boken «Brev» som kom ut samme år. På landsmøtet uttalte Jagland:

«Den nye vitenskapelige tenkemåte som ser på naturen og mennesket som en dynamisk organisme, bør føre til at helsepolitikken får et tillegg. Til nå har vi sett på mennesket som en maskin. Vi reparerer de ulike delene når de er svake eller defekte ved inngrep eller medisiner. Dette er bra, men spørsmålet er om det blir drevet for langt slik at vi får den motsatte effekt. Det kan tyde på at den omfattende bruken av antibiotika fører til at det



oppstår nye og farligere bakterier som er resistente. Burde vi ikke i større grad lære av og ta i bruk deler av den alternative medisinen, som akupunktur og homøopati, som tar utgangspunkt i at mennesket er en helhet og at det hjelper det til selv å takle sykdommer? Merkelig nok bygger den alternative medisinen på det nye synet på mennesket der kropp og sjel henger sammen. Kanskje hadde vårt helsevesen hatt mye å tjene på at legene ble stimulert til å ta i bruk slike metoder.» (Jagland, 1995, s. 93-94)

Jagland presenterer homøopati og akupunktur som helhetlige behandlingsformer som hjelper mennesker til selv å takle sine sykdommer. Jagland gir dermed støtte til ideologien som råder på det alternative behandlingsfeltet og som det ble påvist i kapittel fire at preger innstillingen program for forskning innen alternativ medisin: rød/grønn opposisjon med «self-empowerment»<sup>54</sup> element.

Waaler beskriver bakgrunnen for Jaglands engasjement som basert på personlige opplevelser av helbredelse og viser deretter til hans brev til lederen for den Norske Lægeforening; Knut Eldjarn. Brevet har tittelen: «Knut Eldjarn, president i Den norske lægeforening» med undertittelen «I et elfenbenstårn skjer det ikke noe nytt». Waaler hevder at Jagland i dette brevet kom med en «kraftig kritikk av den norske legestand for deres avvisende holdning til alternativ medisin, hvor han synes å bygge hele sin argumentasjon på boken ”Homeopati, fremtidens medisin” av George Vithoulkas.»

Hvis en går til kilden «Brev» ser en Waalers påstand om at Jaglands kritikk bare er bygget på Vithoulkas bok, er en halvsannhet. Jaglands kritikk av legestanden er todelt. Den største delen består av argument for alternativ behandling, der alternativ behandling ses på som en viktig kilde for å løse «krisen innenfor vårt helsevesen» (Jagland, 1995, s. 108). Den minste delen er kritikk av dagens legevitenskap der et hovedpoeng er dens nære relasjoner til legemiddelindustrien fører til bedrag i forskningen, og til at leger skriver ut de medisinene «de blir fortalt av medisinkompaniene» (ibid, s. 104). Waaler avviser både Jaglands påstand om legers manglende åpenhet overfor alternativ behandling og hans kritikk av legers binding til legemiddelindustrien:

«Det er tvilsomt om noen års universitetsstudier i sosialøkonomi er et tilstrekkelig grunnlag for å belære norske leger om hvilken behandlingsform de skal bruke. Og saken blir ikke

---

<sup>54</sup> Det finnes dessverre ikke noe dekkende norsk ord for dette uttrykket.

bedre når tonen i Jaglands brev virker både arrogant og nedlatende, for eksempel ”teoretisk sett er legene frie og uavhengige og opplært til å vurdere verdien av de medisiner de foreskriver. I virkeligheten foreskriver legen det de blir fortalt av medisinkompaniene...»

I sin kritikk av denne påstanden fra Jagland fastslår Waaler kun at Jaglands tone er arrogant og nedlatende, men han prøver ikke å motbevise Jaglands påstand om at legers integritet er truet av deres bindinger til legemiddelindustrien. Dette på tross av at Jagland på dette området blant annet viser til en artikkel publisert i et anerkjent legevitenskapelig tidskrift. Legers relasjon til legemiddelindustrien berører viktige samfunnsmessige og vitenskapsetiske spørsmål. Waaler bruker her sin vitenskapelige autoritet til å avfeie ett viktige politisk og vitenskapsetisk spørsmål. Med støtte i Freidson (1988) vil jeg karakterisere dette som en illegitim bruk av faglig autoritet.

Ifølge Waaler er Jaglands forslag om bedre vilkår for alternative behandlere positivt mottatt i det politiske miljø og han ser dette i sammenheng med det politiske arbeidet med å utrede alternativ behandling og kvakksalverloven. Resten av Waalers kronikk går ut på å vise leseren grunnene til at homøopati ikke kan aksepteres som vitenskap. Han går til vitenskapsteorien for å definere hva vitenskap er, der stikkord som tilstrekkelig bevisførsel, repeterbarhet og kritisk testing av fagfeller er sentrale stikkord. Han viser deretter ved eksempler hentet fra homøopatens egne skrifter og ved logisk argumentasjon hvorfor homøopati faller utenfor det vitenskapelige. Det viser seg at Waaler har brukt tid til å sette seg inn i homøopatens rådende teorier, slik de kommer til uttrykk hos flere av de internasjonalt store homøopater. Generelt sett finner han der er en blanding av store pretensjoner om å helbrede det meste, kvasivitenskap samt bruk av enkeltstående vitnesbyrd som dokumentasjon på effekt. Han viser at prinsippet om potensering er mystisk, og at homøopatens forsøk på å forklare den påståtte effekten virker som en rasjonalisering heller enn vitenskap. I flere av de homøopatiske lærebøkene finner han vitnesbyrd som viser at noen homøopater tar alvorlig syke til behandling. Waaler gjør et grundig arbeid med å vise brudd på det vitenskapelige etos innen homøopatens tekster og opptrer på dette området som en forkjemper for naturvitenskapen. Derimot stiller han ikke spørsmålet om hva slags funksjon homøopatien spiller i praksis i det moderne samfunn.

### 5.3. KAMP OM AABELS LOJALITET

I leserinnlegget «Overrasket og skuffet over Waaler» fra 14.1.1997 skriver Siri Aabel at hun har hatt mange hyggelige samtaler med Waaler og derfor ble skuffet av hans leserinnlegg den 5.1, blant annet fordi dette innlegget ifølge Aabel viser en mangel på nysgjerrighet og oppbakking. Hun forteller at de som forsker innen alternativ behandling trenger personer med Waalers kompetanse, og utfordrer ham til samarbeid om forskning innen homøopati. I sitt svar «Homøopatisk forskning» den 27.1 viser Waaler til samtaler med Aabel der han har gitt faglige råd og skriver at de er interessert i videre samarbeid med Siri Aabel.

«Det er en god tradisjon ved Farmasøytisk institutt at vi med åpent sinn tar vel imot dem som ønsker å drøfte faglige spørsmål med oss, og vi gir gjerne råd ved planlegging av forskningsprosjekter hvor vi mener å være kompetente. Siri Aabel henvendte seg til vår avdeling for galenisk farmasi for å diskutere sin forsøksplan, der hun ønsket å prøve ut virkningen av remedier (homøopatiske preparater) sammenlignet med legemidler på allergipasienter. Vi håper at hun fikk de faglige råd og den veiledning hun ønsket. Nå ser vi frem til et videre samarbeid – et tilbud som er åpent.»

Waaler er derimot ikke interessert i å samarbeide med representanter for den klassiske homøopati som han gjennom flere eksempler beskriver som ren pseudovitenskap som det er umulig å forske på. Han siterer fra bøkene til noen av de største autoritetene innen homøopati, og viser at de lover folk helbredelse av alvorlige tilstander på tross av mangel på dokumentasjon. Dette viser ifølge Waaler at homøopater bryter med en «uskreven helsefaglig moralkodeks» om å ikke gi falskt håp til pasienter på grunnlag av foreløpige resultater. Ut av Waalers argumentasjon kan en lese at det ikke er selve forskningsprosjektet til Aabel som er det forkastelig, men det at hun identifiserer seg med homøopater. Det virker som om Waalers strategi er å få Aabel til å skifte leir og vise lojalitet overfor legevitenskapen. Dette er et viktig poeng i forhold til spørsmålet om sosiale bevegelser. Det viser at det alternative behandlingsfeltet tilbyr en identitet og et sosialt nettverk som en kan være lojal overfor.

Etter Waalers innlegg tok debatten en pause. Den blusset opp igjen da professor Christian A. Drevon ved institutt for ernæringsfysiologi ved Universitetet i Oslo skrev kronikken «Alternativ medisin: Kjære Thorbjørn Jagland: Viktig at du støtter kravet om dokumentasjon (forskning).» fra den 11.6.97. I denne kronikken kritiserer Drevon Jagland og det politiske systems støtte til alternativ behandling. I den følgende

analyse har jeg valgt å strukturere analysen ut fra analysekategorier, og ikke ut fra kronologi for leserinnlegg og kronikker. Jeg har valgt en slik løsning for å fokusere på ideologiske, etiske og vitenskapsteoretiske posisjoner, og ikke på selve debattens dynamikk.

#### 5.4. FORSKNING OG SAMARBEID

Rita Ottervik, politisk rådgiver ved Statsministerens kontor, svarer Drevon på vegne av statsministeren i leserinnlegget: «Satsing på forskning og samarbeid» den 20.6. Hun forsvarer forskning på alternativ behandling ved å vise til dens popularitet i befolkningen og til det økende antall og den økende utbredelse av alternativ behandling i samfunnet. Hun viser til at det allerede er gjort et omfattende arbeid for å vurdere dokumentasjonen av alternativ behandling og for å få i stand et samarbeid mellom den etablerte medisin og alternative behandlere. Hun viser til at det i 1996 ble opprettet en referansegruppe bestående av representanter både fra ulike organisasjoner på det alternative behandlingsfeltet og fra relevante offentlige etater. Denne referansegruppen «gir råd i spørsmål som vedrører departementets håndtering av feltet alternativ medisin». Ottervik avslutter kronikken med å fastslå at målet er å forske videre på alternativ behandling og dessuten å bidra til samarbeid mellom «seriøse utøvere av alternativ medisin og den tradisjonelle skolemedisinen».

På dette området er det enighet mellom Rita Ottervik og de fleste alternative behandlere, der en ber forskere om å vise ydmykhet overfor ukjente fenomen og respekt overfor de som føler seg hjulpet av alternativ behandling. Posisjonen støttes også av borgere som har engasjert seg i debatten. For eksempel støtter Kristin B. Eriksen forskning på alternativ medisin i leserinnlegget: «La mangfoldet blomstre», og Knut Johannesen i leserinnlegget «Hole og legenes medisin». Dette samme gjelder Karsten Eig i et leserinnlegg fra 23.8:

«Han [Hole] argumenterer for at det ikke er noe poeng i å forske på homøopati fordi grunnidéene i homøopatien står i motsetning til de kunnskaper vi har i dag om kjemi og fysikk. Det er i og for seg riktig, men ikke noe argument for ikke å undersøke saken. Naturligvis kan man ikke undersøke alle ville idéer som kommer seilende, men nettopp det at mange mennesker – og ifølge noen innsendere også dyr – skal ha fått hjelp mot homøopati burde være et argument for å forske på det.»

I et leserinnlegg av leder for Norske Homøopaters Landsforbund Arve Haugan, anklages Tor Waaler for å være lukket og lite nytenkende. Haugan påpeker at de

fleste undersøkelser av homøopati peker i positiv retning når det gjelder effekt, men at denne forskningen foreløpig er mangelfull. Derfor inntar han en: «avventende og nøktern, men åpen og nysgjerrig holdning mer i pakt med den vitenskapelige tradisjon.» Bente Helen Scheis innlegg; «Det er mye som ikke kan bevises» fra 27.10, er interessant fordi hun ikke bruker naturvitenskapen til å legitimere alternativ behandling. Hennes posisjon består i bruk av politiske argument, brukerundersøkelser og pasienthistorier, samt en kopling mellom økologisk landbruk og alternativ behandling. Alternativ behandling fremstilles som et grønt, billig, velfungerende og naturlig alternativ til det etablerte helsevesenet.

George Vithoukas er kanskje den største nålevende gurun innen det homøopatiske feltet, og forfatter av blant annet: «The Science of Homeopathy» og «Materia Medica». Ifølge Heggland (1999) er Vithoukas bøker pensum på Norsk Akademi innen Naturmedisin, den største institusjonen for utdanning av naturmedisinere i Norge. Vithoukas deltok i debatten med leserinnlegget «Overflatisk» trykket den 22.11, noe som viser hvilken prestisje homøopatene tiller denne debatten. Det å kontakte Vithoukas og få ham til å bidra til debatten, handler om å hente inn den tyngste karismatiske autoritet i forsvar mot legevitenskapens nedbrytende kritikk. Det viser også at det norske alternative behandlingsfeltet inngår i ett nettverk som strekker seg utover den nasjonale kontekst. Vithoukas hovedargument er å anvende normen om dialog og kompromiss i spørsmålet om homøopatiens vitenskapelige status, han avslutter sitt innlegg med: «La oss i sette oss ned i all fordragelighet og seriøst diskutere hvor sannheten ligger».

Generelt ser i denne debatten et sammenfall mellom verdiene til alternative behandlere, befolkningen og til det regjeringen. En ser her konturene av en folkelig bevegelse som gir uttrykk for verdier som har størst oppslutning innenfor verdidimensjonen moderne idealister, der anti-autoritet er et sentralt stikkord.

## 5.5. STRID OM FORSKNING PÅ ALTERNATIV MEDISIN ER FORENLIG MED FORSKNINGENS NORMER

Professor dr. med Kjell Hole ved Fysiologisk institutt ved Universitetet i Bergen kommer i sitt tilsvarende til Ottervik i kronikken «Statsministerens satsing» den 22.7. Hole

starter med å påpeke at det er viktig å være tolerant men at toleranse overfor «åpenbar overtro og tøv» er unnfalighet og mangel på ansvarsfølelse. Hole skiller deretter mellom Jaglands rolle som pasient og Jaglands rolle som politiker. Når Jagland støtter sin forskning på alternativ medisin i sin politiske rolle er det blitt en politisk sak, mens Jaglands bruk av alternativ behandling som pasient ville ha blitt møtt med en aksepterende holdning. Deretter kommer Hole med en rekke faglige argument mot Otterviks begrunnelse for forskning på alternativ behandling. Hole viser til at Norges forskningsråd støtter forskning på alternativ medisin. Så spør han seg om det har noe hensikt å forske på for eksempel homøopati? Ifølge Hole er det ut fra naturvitenskapelig kunnskap ikke mulig at homøopatiske midler kan ha en effekt. Dermed er slik forskning en sløsing med både menneskelige og økonomiske ressurser.

Lege og homøopat Siri Aabel, viser også til anerkjente vitenskapelige autoriteter i sin argumentasjon for å legitimere forskning på homøopati i sitt svar til Waaler den 19.10.1997: «Tor Waaler og halve sannheter». Hennes to hovedkilder er for det første en forskergruppe med forskere fra «begge leire» som konkluderer med at forskning på homøopati er mulig og ønskelig, for det andre en stor oversiktsartikkel i det meget anerkjente legevitenskapelige tidsskriftet «The Lancet». Sistnevnte kilde konkluderer ifølge Aabel med at forskning har dokumentert at homøopati har en effekt utover placebo. På grunnlag av dette hevder hun at det er god grunn for å forske videre på homøopati og opprettholde NFR sitt program for forskning innen alternativ medisin.

Waaler svarer på flere leserinnlegg i «Haugan og nytenkning» fra 25.10.1997, men han argumenterer ikke direkte mot Aabel eller andre leger som deltar i forskning innen alternativ medisin. Han starter med å påpeke at debatten ender på vanlig måte ved at: «ved at han [Haugan] kritiserer meg og mine likesinnede for mangel på nytenking.» Han viser gjennom et eksempel nok en gang det uholdbare ved homøopati: hvis en hadde oppløst en homøopatisk aktiv sukkerbit i Mjøsa og denne fordelte seg jevnt, skulle en vannprøve fra Minnesund ha helbredende virkning.

Deretter kommer en ny aktør som forsvarer naturvitenskapen på banen. Det er professor dr. philos Leiv Klungøy med leserinnlegget «Narremedisin og homøopati» den 26.10. I motsetning til Waaler kritiserer han direkte Siri Aabels posisjon.

Innledningen er såpass interessant i forhold til oppgavens tematikk at jeg siterer den i sin helhet:

«Siri Aabel, lege og homøopat, argumenterer 19.10. i et tilsvarende svar til professor Tor Waaler for fortsatt forskning over homøopati som behandlingsmetode for en rekke sykdommer. Homøopatiens utøvere kjemper for sin økonomi og for sin anerkjennelse. Noen lar seg rokke av deres utholdenhet og sier: la oss forske. De som protesterer blir sjikanert for mangel på vidsyn og toleranse og vilje og evne til å "tenke nytt". Dette er beklagelig og i en større sammenheng farlig» (Aftenposten, 26.10.1997)

Klungesøyr hevder videre at det vil føre til uthuling og mystifisering av vitenskapen hvis den brukes til å omprøve etablert kunnskap på grunnlag av kravene fra interessegrupper med «sære oppfatninger». Han bruker et *reductio ad absurdum* argument og spør om det til slutt vil forlanges at en også skal forske på okkulte fenomener. I sin gjennomgang av Aabels argumentasjon viser han blant annet at hun har vært lite redelig i sin bruk av en artikkel publisert i *Lancet* som autoritet til støtte for homøopati. Han påpeker for det første at det stod to negative kommentarer knyttet til artikkelen som Aabel refererte til. Den ene av kommentatorene konkluderer for eksempel med at: «å sammenligne virkningen av homøopatiske remedier og placebo er "a game of chance between two placebos"...». For Klungesøyr handler dette om vitenskapelig integritet, selv ville han takket nei til å få trykket en artikkel som ble møtt med en slik kritikk. For det andre at blant de syv forfatterne av artikkelen er det fire med bakgrunn fra alternativ behandling, og at ingen blant de tre resterende medlemmene har forskerkompetanse. Blant alle kritikerne av forskning på alternativ medisin er det kun Klungesøyr som direkte angriper lege og homøopat Siri Aabels støtte til forskningen. Også Hole stiller seg kritisk til legers deltakelse i forskningen, men han fremstiller dem som offer for en statlig politikk, og ikke som selvstendige støttespillere for forskning på homøopati. De andre angriper enten staten eller de alternative behandlerne, på tross av at flere leger er involvert i forskningen på alternativ behandling. På bakgrunn av dette funnet vil jeg hevde at de legevitenskapelige forskerne er styrt av en inngruppe utgruppe komponent i deres argumentasjon.

## 5.6. PSEUDOVITENSKAP OG STRID OM VITENSKAPELIG AUTORITET

I flere av leserinnleggene til støtte for homøopati viser forfatterne til vitenskapelige termer eller modeller for å forklare homøopatiens effekt. Det gjelder for eksempel homøopat og medlem av Norske Homøopaters Landsforbund Ellinor Kvammes

leserinnlegg «Hvem tar ansvar for hva» og Arve Haugans innlegg den 15.10 med tittelen «Nytenkning kan være vanskelig». Eksempler på pseudovitenskap i Ellinor Kvammes innlegg er følgende setning der hun beskriver en forklaringsmodell for hvorfor homøopatiske medisiner inneholder virkestoffer på tross av den ekstreme fortynningen: «Her mener forskerne at det blir igjen noe de kaller ”hvite hull” som også finnes i den menneskelige organisme, i blodplasmaet». Arve Haugan viser til at det er en hypotese om at det finnes et elektromagnetisk felt i menneskets kropp for å forklare effekten av homøopati. Men flertallet av lederne innenfor det alternative behandlingsfeltet som deltar i debatten unnlater å bruke pseudovitenskapelige termer. Derimot viser de ofte til artikler med positiv konklusjon om effekten av alternativ behandling publisert i legevitenskapelige tidsskrift. Det er likevel grunn til å tro at pseudovitenskapelige termer blir brukt som den ytterste legitimeringen av en behandlingsform både internt i undervisningen og eksternt overfor befolkningen. På hjemmesiden til Norske Homøopaters Landsforbund kan en for eksempel lese at et kontroversielt spørsmål innenfor homøopatien er spørsmålet om hvordan tablettene kan ha effekt når den homøopatiske medisinen ifølge «Avogadros lov» kun inneholder vann. Svaret ifølge teksten er at dagens kjemi er for begrenset og at en nok i fremtiden vil finne svaret innen biofysikken.

I innlegget «Homøopati uforenlig med fysikk» fra 7.8 starter professor i fysikk ved Norges landbrukshøgskole Gaute T. Einevoll ved å vise til at homøopater nå ønsker å bli autorisert av offentlige myndigheter og hevder videre at et åpenbart spørsmål i denne sammenheng er om homøopati har en effekt utover placebo. Han svarer ved å argumentere for at dens prinsipp om potensering blir motbevist moderne fysikkens lover og bruker en popularisert beskrivelse av fysiske og kjemiske prinsipp for å vise hvorfor dette er slik. Heller ikke kvantefysikken kan redde homøopatien: «Med 10 års bakgrunn som forsker i kvantefysikk kan jeg forsikre om at kvantefysikken er like uforenlig med homøopati som såkalt klassisk fysikk». Her bruker han et argument ut fra autoritet til å argumentere mot homøopaters påstander. I sitt neste innlegg «Helsegunstig effekt ikke påvist» den 1.9.97 viser Einevoll hvorfor fysikere stoler på de fundamentale naturlover: «trass store anstrengelser fra forskere verden over har vitenskapssamfunnet pr. i dag ikke en eneste sikker observasjon som er i motstrid med disse lovene». Einevolls argument baserer seg på at folk kan ha tillit til et system av



lover som er utsatt for grundige tester av en rekke forskere som opererer uavhengig av hverandre.

Professor i kjemi Tryge Greibrokk ved Universitetet i Oslo, tar i sitt leserinnlegg «Meningsløs homøopati» ett oppgjør med pseudovitenskapelige uttrykk i homøopat Ellinor Kvammes leserinnlegg «Hvem tar fra ansvar for hva». I dette innlegget brukte Kvamme en rekke avanserte vitenskapelige teorier og begrep for å legitimere effekten av alternativ behandling. Greibrokk viser til Kvammes påstand om at undersøkelser med kjernemagnetisk resonans har påvist at homøopati inneholder virkestoffer og svarer ved at «Slike undersøkelser er blitt kontrollert på Kjemisk institutt ved Universitetet i Oslo, hvor topp moderne utstyr av denne type brukes til daglig. Absolutt ingen respons ble funnet, som man kunne vente». Merk at leseren ikke her gis noen forklaring på hva denne teknologien er, eller nøyaktig hva man mener med ingen respons. Innenfor argumentasjonslæren er dette et argument ut fra autoritet som i sosiologisk forstand er å betrakte som et argument hvis overbevisningskraft er basert på tillit til en faglig autoritet. Undersøkelsen Greibrokk viser til ble utført i samarbeid med Siri Aabel, og det er grunn til å tro at hun tok initiativ til eksperimentet. Greibrokk må dermed ha kjent til forskningsprogrammet innen alternativ medisin og det faktum at flere leger støtter det. Likevel unnlater han å kritisere leger eller forskere, kritikken er rettet mot en ordinær homøopat, noe som understreker det ovennevnte poenget om en inngruppe- utgruppe komponent i kritikken fra de naturvitenskapelig hold.

Rollen til de forskerne innen naturvitenskap som ikke er tilknyttet legeprofesjonen ser dermed ut til å være å opptre som rene voktere over tildeling av vitenskapelig legitimitet gjennom henvisning til kunnskap og vitenskapens etos.

## 5.7. PLACEBOEFFEKTEN, NARREMEDISIN VERSUS RESSURS

Å betegne placeboeffekten som narrevirkning er å betrakte den som umoralsk og bedrag. Ifølge Kringlen er det en tendens innenfor etablert legevitenskap mot å hevde at placeboeffekten er noe som gjelder for ”de andre”. Ens holdninger til placeboeffekten indikerer også hvordan en vurderer forholdet mellom psyke og soma. I debatten kommer det frem at tre professorer som identifiserer seg med legeprofesjonen omtaler placeboeffekten som en narremedisin. Det gjelder professor

dr. med Kjell Hole ved Fysiologisk institutt ved Universitetet i Bergen kommer i sitt tilsvarende til Ottervik i kronikken «Statsministerens satsing» den 22.7. Otterviks poeng med at brukerne er fornøyde blir svart på ved å vise til to grunner, den ene er «placebo-virkning, eller narrevirkning» og til at sykdommer helbredes av seg selv. Men i et leserinnlegg senere i debatten modererer Hole (14.8) sin kritikk av alternativ behandling og gir en mer positiv omtale av placeboeffekten. «Placeboeffekten har vært fremme i diskusjonen. Det er ikke noe mindreverdige ved den, ikke engang noe mystisk. Mekanismene i nervesystemet for denne virkningen er gjenstand for rasjonell forskning, spesielt relatert til smerte, og noen av mekanismene er klarlagt.» Utsagnet kan tolkes som at det at noe er gjenstand for rasjonell forskning gjør det til noe verdifullt.

I Christian A. Drevons innlegg fra den 11.6. med tittelen «Statsministerens satsing» kommer det også til uttrykk et negativt syn på placeboeffekten. «Da kan man på en uhildet måte vurdere om den nye behandlingen har noen effekt i forhold til "narrebehandling" (placebo), både på det fysiske og psykiske plan. Det er dette som gjør at vi innen dokumenterbar forskning har hatt en rivende utvikling i løpet av de siste generasjoner.» (Drevon, 11.6.1997). Professor dr. philos Leiv Klungøy (26.10) omtaler også placebo-effekten som en narremedisin i leserinnlegget: «Narremedisin og homøopati».

Det er interessant å merke seg at professor i fysikk Gaute T. Einevoll skiller seg ut når det gjelder holdninger til placeboeffekten. I sitt innlegg «Helsegunstig effekt ikke påvist» fra den 1.9 påpeker Einevoll at den opplevde helseforbedring til pasienter som går til homøopat skyldes medfølelse fra homøopaten og tillit mellom pasient og behandler og at «positive effekter av homøopatisk behandling [har] andre forklaringer enn at de grunnleggende fysiske lovene er brutt». Einevoll betrakter placeboeffekten som en reell effekt og som «er godt dokumentert og bør utnyttes i helsevesenet», men at det er problematisk å offentlig gi støtte til behandlere som kun kan tilby placeboeffekten fordi en da ikke lenger prinsipielt sett vil kunne nekte noen grupper behandlere offentlig støtte. Einevoll har mer til felles med mange alternative behandlere enn med Drevon, Hole og Klungøy i sitt syn på placebo, men han har en annen politisk tolkning av sin kunnskap enn det som gjelder for alternative behandlere.

Som påpekt ønsker flertallet av de lederne for organisasjoner på det alternative behandlingsfeltet å bruke forskning til å dokumentere at deres behandlingsform har en effekt som er sterkere enn placebo. Men det finnes også noen andre holdninger til forskning og placebo blant alternative behandlere

A. En positiv nyfortolkning av placeboeffekten: placeboeffekten blir omdefinert til å være en ressurs.

B. Et forsvar av placeboeffekten ved å vise til det folkelige ordtaket om at «det er mer mellom himmel og jord enn det vitenskapen kan forklare».

Et eksempel på forsvar A. er akupunktør NFKA ved Balder-klinikken Oddveig Birkeflet (23.8), som står oppført som medarbeider innen et forskningsprosjekt under program for forskning innen alternativ medisin. Birkeflet viser til et berømt eksperiment innenfor legevitsenskapen på en gruppe pasienter med hjertekrampe, der noen pasienter ble gitt et snitt i huden mens andre ble operert. Begge grupper opplevde samme positive effekt av behandlingen, mens kirurgene inntil da hadde trodd at det var selve inngrepet som helbredet pasientene. Ifølge Birkeflet kan placeboeffekten betraktes som «en positiv intelligent evne til å stimulere og mobilisere den naturlig helende kraften til mennesket.» Birkeflet har dermed konstruert en positiv refortolkning av placeboeffekten, med bruk av sentrale begrep hentet fra ideologien som råder på det alternativ behandlingsfeltet. Placebo går med dette fra å være bedrag og lurei, til å bli omdefinert til å handle om å stimulere mennesket vitalkraft. Dette kan betraktes som en strategi for å legitimere alternativ behandling, i møte med legeprofesjonens påstand om at alternativ behandling kun har placeboeffekt. På tross av ulikhet i språk mellom Einevoll og Birkeflet, gir de uttrykk for samme positive holdning til placeboeffektens betydning i behandlingssituasjonen. Både Einevoll og Birkeflet betegner placeboeffekten som en positiv ressurs. I holdninger til placeboeffekten går skillelinjene går dermed på tvers av skillet mellom alternativ behandling versus den naturvitenskapelige institusjon. Politisk sett er det derimot konsensus blant alle representanter for naturvitenskapen, offentlig godkjenning av en behandlingsform krever vitenskapelig dokumentert effekt i betydning effekt sterkere enn placebo.

Under posisjon B vil jeg hevde at man finner aromaterapistudent Christine Barstad med innlegget «Kan ikke dokumenteres», fra 4.4, og Bente Scheis innlegg «Det er mye som ikke kan bevises» fra 27.10. Ifølge Christine Barstad dreier naturmedisin seg mer om: «religion og filosofi», enn om biologi og farmasi. Hun sammenligner det å tro på energikanaler og meridianer, med det å tro på Gud.

#### 5.7.1. OVERTRO OG MYSTIKK VERSUS SVIKT VED LEGEPROFESJONEN

Flere av professorene som identifiserer seg med legestanden tolker alternativ behandling som et uttrykk for økende overtro og mystikk i samfunnet. Det gjelder for eksempel Hole som avslutter sin kronikk med at: «Vi har i vår tid sett en økning av antivitenskapelige strømninger, overtro og mystisisme. Det mest bekymringsfulle med denne saken er at overtro og irrasjonelt tankesett nå synes å ha fått fotfeste hos vår aller øverste politiske ledelse». Generelt sett er det ingen av representantene for legevitenskapen som ser fremveksten av økende offentlig støtte til alternativ medisin i sammenheng med svikt innenfor det etablerte helsevesen. De kommenterer heller ikke den avgjørende betydning deres kolleger på allmenmedisinske institutt har hatt for muligheten til å realisere et slikt forskningsprogram.

Marianne Brodtkorb bidrar til debatten som nøytral samfunnsborger, og hun kommer med en annen tolkning av alternativ behandling enn Hole. Ifølge henne handler alternativ behandling om at pasienten blir støtt fra det etablerte helsevesen på grunn av en dårlig lege-pasient relasjon innenfor det etablerte helsevesen. Legen har dårlig tid, ser mer på dataskjermen enn på pasienten og er lite flink til å informere pasienten om bivirkninger. Innenfor alternativ behandling blir man motsetning til i det etablerte helsevesenet, møtt av et medmenneske. Dette indikerer en avstand mellom befolkningen og representanter for legevitenskapen i fortolkningen av fenomenet alternativ behandling. Dette er en typisk respons fra alle deltakere i debatten som presenterer seg som vanlige samfunnsborgere. For eksempel skriver Kerstin Bugge i leserinnlegget «Alternativ medisin 2» fra 22.6.1997 at Drevons og hans kritiske kolleger bør vise litt ydmykhet i dette spørsmålet. Hun tolker den økende bruken av alternativ behandling som et uttrykk for at: «mange mennesker er engstelige for all den medisineren som pøses på oss». Dette antyder hvordan det alternative behandlingsfeltet kan tolkes som en sosial bevegelse med populær støtte i grupper av befolkningen som er kritiske til legeprofesjonen.

## 5.8. VITENSKAP VERSUS PSEUDOVITENSKAP, ELLER FARMASØYTISK INDUSTRI VERSUS UAVHENGIG OG NATURLIG BEHANDLING?

Nå tilslutt vil jeg ta for meg to leserinnlegg i deres helhet. Dette gjør jeg blant annet fordi posisjonene som kommer til uttrykk i disse leserinnleggene er såpass kompliserte, at de er vanskelige å plassere inn under av de øvrige kategoriene. I tillegg er dette første gang Jens Lunden, som tidligere nevnt er en av stifterne av den største og eldste alternative skolene i Norge Norsk Akademi innen Naturmedisin, forsvarer sin institusjon i en offentlig debatt.

I den siste kronikken skrevet av Tor Waaler (8.10) i debatten, beskriver han nok en gang det uvitenskapelige ved homøopatien spesielt, men retter også kritikk mot alternativ behandling generelt. Han fremhever at alternativ medisin ikke er et entydig begrep, det eneste som er felles mellom de ulike retningene er at de ikke oppfyller kravene til vitenskapelig dokumentasjon. Igjen viser han til homøopatens egne dokumenter, denne gang en brosjyre fra Norske Homeopater Landsforbund der de hevder at «homøopatien er godt dokumentert gjennom vitenskapelig forskning» og påpeker at dette er ønsketenkning som blir motbevist av en gjennomgang av forskningen innen homøopati i en artikkel publisert i Nature. Han viser videre det usikre ved Jaglands diagnose, Sjögrens syndrom, og hevder at hans påståtte helbredelse er tvilsom og at debatten ville bli mer ryddig hvis alle parter innså dette. Han forsøker å avkle de alternative skolenes autoritet gjennom å vise at det bak navn som akademi skjuler seg en tvilsom utdanning på lavt nivå. Utover dette bruker han mye plass på å minne folk om legevitenenskapens mange og sentrale oppfinnelser i løpet av århundret, og påpeker at den alene skyldes «den skolemedisinske viten i samarbeid med den forskningsbaserte farmasøytiske industri». Slike påminnelser er en retorisk strategi som består i å legitimere legevitenenskapen som institusjon i samfunnet gjennom å vise til dens nyttige teknologiske produkt. Dette har sammenheng med det generelle poeng om naturvitenskapen som autonom institusjon henter dens legitimitet fra folks møte med teknologi, og i liten grad gjennom en rent intellektuell verdsettelse av jakten etter kunnskap (Merton 1973). Samlet sett handler Waalers innlegg om å undergrave de alternative institusjoner og deres kunnskap, og samtidig legitimere egen institusjon ved henvisning til de medisinske godene produsert av forskere i samarbeid med farmasøytisk industri.

Jens Lunden, studierektor ved Norsk Akademi, starter kronikken med å ta ett oppgjør med legevitenskapens og naturvitenskapens autoritet. Han hevder at naturvitenskapen er fanatisk fordi den mener å representere den ene sannhet, samtidig som «multinasjonale firmaer» utnytter folks sterke tro på vitenskapen til å tjene penger på dem og at vitenskapen har ført til den ene katastrofe etter den andre for menneskeheten. Videre bruker han egne opplevelser som legestudent ved Universitetet i Oslo og som allmennpraktiserende lege til å underbygge sin påstand om det skadelige ved det etablerte helsevesen. Han forteller at da han praktiserte som lege ble ikke pasientene varig helbredet, de ble tvert imot psykisk og fysisk svekket og avhengige av medikamenter. Han forteller om hvordan hans personlige opplevelser førte ham på søken etter alternativer og at han fant homøopati og akupunktur og endte opp med å studere sammen med noen av de mest: «intelligente kolleger jeg har møtt innen den medisinske verden,...». Han angriper en legevitenskap som skriver ut medikamenter med sterke bivirkninger, og en legemiddelindustri som forurensar og utelukkende tenker profitt. Jeg vil hevde at Jens Lunden gir uttrykk for eller benytter seg av verdier som er i overensstemmelse med posisjonen rød/grønn utopi. Avkledningen av hans eget akademis autoritet svarer han på ved å fremheve at han selv ikke var særlig imponert av legestudiet da han tok det og ved å fremheve hvor vanskelig pensumet på NAN er sammenlignet med legeutdanningen. Hele tiden kommer han tilbake til påstanden om profittjaget innen legemiddelindustrien og hevder at Waaler og hans venner representerer denne. Selv om Lunden som vi har sett er kritisk til vitenskap og vitenskapelige autoriteter, forsikrer han leseren om at han selv selvsagt støtter vitenskapen: «Jeg ønsker selvfølgelig størst mulig vitenskapelighet, og har selv vært med i det første offentlige utvalg som banet veien for forskningsmidler til alternativ medisin i Norge». Men rett etterpå skriver han at det må være noe galt med de vitenskapelige autoritetene når de ikke finner «gode vitenskapelige undersøkelser som bekrefter virkningen av akupunktur og homøopati». Jens Lunden presenterer alternativ behandling som et billig, velfungerende og naturlig alternativ til det etablerte helsevesenet og kombinerer det med angrep på legemiddelindustrien, og med en selvbiografisk fortelling om møtet med en legevitenskap som ikke kurerer. Denne fortellingen minner om en hagiografi, en

konstruksjon av en stifters biografi som meningsfull i den større sammenheng.<sup>55</sup> Hagiografien tjener til å legitimere institusjonen og behandlingsformen i møte med kritikken fra det etablerte helsevesen. I tillegg bruker han koplingen mellom legevitenskapen og farmasøytisk industri til å undergrave Tor Waaler og legevitenskapens autoritet, noe som tjener som et motangrep mot Tor Waalers kritikk av Norsk Akademi innen Naturmedisin.

Svaret på spørsmålet i overskriften er at Waalers rolleblanding gjør hans bruk av henvisning til nyttig teknologi som legitimering av legevitenskapen sterkt problematisk. Argumentet forutsetter at koplingen mellom legevitenskap og farmasøytisk industri er uproblematisk når det gjelder legevitenskapens samfunnsnyttige rolle. Flere studier den senere tid har avdekket at farmasøytisk industri er styrt av rene profittinteresser og at disse interessene går på bekostning av samfunnsøkonomiske og vitenskapelige verdier.<sup>56</sup> Jens Lundens forsvar av egen institusjon har dermed et politisk aspekt og handler dermed ikke kun om naturvitenskap versus pseudovitenskap, men også om legestanden og farmasøytisk industri i samfunnsmessig perspektiv. På den annen side må det fremheves at Jens Lundens forsvar for homøopati i møte med kritikk fra blant annet Waaler, viser at han egentlig ikke er interessert i vitenskapelige resultat når de ikke bekrefter hans egen tro. Dette poenget er verdt å fremheve, siden Lunden var en av initiativtakerne til program for forskning innen alternativ medisin.

---

<sup>55</sup> Jf. Heggland, 2000

<sup>56</sup> I «America's Other Drug Problem» viser Arnold S. Relman og Marcia Angell, begge tidligere redaktører av *New England Journal of Medicine*, at legemiddelindustrien USA bruker mer penger på reklame enn på forskning, at de skaper lite ny kunnskap og at mange av deres nye medikamenter gir få eller ingen medisinske fordeler. Med Relmans egne ord oppsummeres situasjonen som følger: «Far from being a "research-based industry", as it likes to call itself, the pharmaceutical industry now devotes most of its resources to functioning as a vast marketing and advertising enterprise whose best products were discovered and often partially developed elsewhere – usually at public expense». Det er grunn til å tro at denne beskrivelsen også gjelder for legemiddelindustrien i Norge. At en nær binding til legemiddelindustrien utgjør en trussel mot både forskerens og legens uavhengighet har for øvrig vært påpekt av kritikere i lang tid. I en artikkel trykket i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* i 1958 påpeker Einar Kringlen at «lægestanden domineres mer og mer av industrien og dens reklame», og hevder at dette fører til dyrere medisiner, lettsindig og overdrevet positiv reklame for medisiner, forvirrende navnebruk på medisinene og overdreven bruk av antibiotika.

## 5.9. OPPSUMMERING OG DRØFTING

I løpet av perioden 1988-1993 klarte en bevegelse med utgangspunkt i det alternative behandlingsfeltet og de allmennmedisinske miljø å få støtte til å forske på alternativ medisin i Norges Forskningsråd. For første gang i norsk sammenheng opptrer yrkesgrupper innenfor det alternative behandlingsfeltet som et samlet felt. De som tildelte legitimitet til dette prosjektet var først og fremst representanter for allmennmedisinen som var desillusjonerte på vegne av legeprofesjonen. I en mellomposisjon mellom det å søke legitimitet og det å tildele legitimitet, finner fant vi allmennpraktiserende leger og en utdannet ernæringsfysiolog som også identifiserte seg med det alternative behandlingsfeltet. Blant de som er utenfor legeprofesjonen og det politiske system og som søker legitimitet for det alternative behandlingsfeltet finner vi lederne for de best organiserte yrkesgruppene på det alternative behandlingsfeltet, samt en av stifterne av Norges største skole for utdanning innen alternativ medisin. I dette kapitlet har jeg analysert debatten om forskning på alternativ behandling som foregikk i Aftenposten i 1997. Debatten ble startet som en reaksjon på den statlige støtten til forskning på alternativ behandling og Jaglands offentlige utspill til fordel for alternativ behandling.

Først etter Tor Waaler og andre forskere konfronterte noen representanter for dette forskningsprogrammet i offentligheten, fikk en offentlig belyst de alternative behandlernes ulike interesser og mål med forskningen. Argumentasjonen i den offentlige debatt viser at flere forskere innenfor legevitenskapen opplever at legevitenskapen blir påtvunget til å forske på homøopati på grunn politisk støtte til slik forskning. For eksempel så vi at Hole hevdet at slik forskning er å sløse bort livet til unge forskere. De særs krasse reaksjonene på dette forholdet, hovedsakelig overfor Torbjørn Jagland og Siri Ottervik, tyder på støtten til forskning på alternativ medisin i det politiske system, tolkes som en svekket respekt for det legevitenskapelige fagfelt fra politisk hold.

Men debatten avdekket ikke det omfattende samarbeidet mellom allmennmedisinske miljø og det alternative behandlingsfeltet. Som vist er kritikken for det meste rettet mot alternative behandlere og mot regjeringen generelt og Thorbjørn Jagland spesielt. Dette på tross av at allmennmedisinske miljø i Norge er sentrale støttespillere for



forskningen innen alternativ behandling. Overfor offentligheten skaper debatten et inntrykk av at forskning på alternativ medisin i Norge kom i stand på grunn av politisk støtte og politisk press fra det alternative behandlingsfeltet. Det tyder på en splittelse mellom allmennt medisinske forskningsmiljø og de mer spesialiserte grenene av den legevitenenskapen. Men denne splittelsen blir ikke debattert i offentligheten, noe som viser at det innenfor legeprofesjonen i liten grad er akseptabelt å kritisere kolleger. En slik offentlig debatt ville dessuten ha tvunget frem spørsmålet om hvorfor allmennt medisinske miljø samarbeider med alternative behandlere, et spørsmål som de legevitenenskapelige representantene nok ikke finner behagelig å stille. Et svar på dette spørsmålet er at denne splittelsen tyder på at de allmennt medisinske instituttene har nærmere tilknytning til befolkningens erfaringer og verdier enn det som gjelder for de spesialiserte instituttene. Allmennt medisinen har en mer pragmatisk tilnærming til lidelser og har et særpreg og kvaliteter som bygger på andre premisser en legevitenskapens spesialiserte fagretninger

Å angripe en outsider gruppe tjener viktige funksjoner for legevitenenskapen. Kritikken skaper en negativ referansegruppe som tjener til å støtte opp om inngruppens lojalitet til det legevitenenskapelige paradigme, og til naturvitenskapens normer (Campbell, 2002). Som vist forsøkte Waaler å få Siri Abel til å vise lojalitet gjennom en todelt strategi som gikk ut på å definere homøopati som en negativ referansegruppe på den ene side, og samtidig invitere Abel til samarbeid om forskning på homøopati på den andre. Dette forsøket avdekket eksistensen av en identitet i tilknytning til en sosial bevegelse som står i opposisjon til legevitenenskapen.

Den offentlige debatten om saken avdekket flere viktige poeng om tema som tillit til legeprofesjonen, forskeres rolle i den offentlige debatt, forholdet mellom legevitenenskap og det politiske system, holdninger til placeboeffekten, alternative behandleres bruk av pseudovitenskap og etablerte forskeres reaksjon på dette. Et hovedfunn når det gjelder tillit er at debatten avdekket at en sentral posisjonert senior innen legevitenenskapen tar for gitt at folk bør stole på den farmasøytiske industri uten å reflektere over om den er tillitsverdig. Spørsmålet om folk bør ha tillit til farmasøytisk industri, er ikke et rent teknisk spørsmål, det er også et moralsk og sosiologisk spørsmål (se Strand, 2002 og Angel og Relman, 2002). I forholdet mellom det politiske system og legevitenenskapen, avdekket debatten at normer om samarbeid og

representasjon kan ha større betydning enn politikken tilknytning til det legeprofesjonens dominans. Et viktig funn var at representanten for regjeringen, Ottervik, flere av de alternative behandlerne og flere lekfolk har felles begrunnelser for å støtte forskning på alternativ behandling. Denne posisjonen har klare fellestrekk med verdidimensjonen Hellevik (1996) betegner som moderne idealister, eller postindustriell kultur. Når det gjelder demarkasjonskriterier for skillet mellom pseudovitenskap og vitenskap, vil jeg hevde at debatten avdekket at det å forske på homøopati bryter med naturvitenskapens etos. Kritikere av forskning på alternativ medisin hevder at forskningen er i motstrid med god skikk for naturvitenskapelig forskning og begrunner dette både med henvisning til vitenskapelige normer og til artikler publisert i legevitenskapelige tidsskrift. Av den grunn vil jeg hevde at det er illegitimt å bruke statlige midler til å forske på et område som en samlet gruppe av kjemikere, fysikere og forskere innen legevitenskapen betegner som pseudovitenskap. Her burde det politiske system ha respektert naturvitenskapelige forskeres autonomi, og dermed de interne demarkasjonskriteriene for skillet mellom vitenskap og tro. Samtidig viste debatten at det i det minste innen legevitenskapen, langt på vei i praksis er blitt legitimt å forske på teorier som mange forskere med gode argument avviser som pseudovitenskap. Det kan tyde på at folkelig press har større betydning enn interne vitenskapelige normer når det gjelder legitime forskningstema innen alternativ behandling.

Et annet poeng er at homøopater bruker pseudovitenskap til å legitimere deres behandlingsform. Pseudovitenskap handler om å låne vitenskapens autoritet ved å anvende en terminologi som likner på den naturvitenskapelige. Greibrokk, Waaler og Einevoll reagerer på dette forsøket på å legitimere homøopati ved å hovedsakelig vise til at de som faglige autoriteter forkaster homøopatens grunnlag. Poenget er videre at denne argumentasjonen baserer seg på tillit til den naturvitenskapelige institusjon siden både det er vanskelig å for lekmannen å skille ekte vitenskap fra pseudovitenskap.

Forskere som representerer legevitenskapen i denne debatten tenderte mot å omtale placeboeffekten med negative karakteristikk, noe som bekrefter at sammenhengen mellom psyke og soma har lav status innen deler legevitenskapen. Dette er også ett uttrykk for at det på dette området er stor avstand mellom legevitenskap og

allmennpraktiserende leger. Professor i fysikk Einevoll var derimot på linje med flere alternative behandlere i å betegne placebo-effekten som en ressurs. Politisk sett er derimot konsensus blant alle representantene for naturvitenskapen: man må kreve at en behandlingsform har en effekt sterkere enn placebo som en nødvendig betingelse for at den skal autoriseres. Det er viktig å merke seg at dette er et moralsk og politisk ståsted som dermed også kan argumenteres mot på et rent politisk eller moralsk grunnlag. Som Freidson påpeker når det gjelder beslutninger som i bunn og grunn er normative: «laymen have as much to if not more to contribute to them than have experts». (Freidson, 1988, s. 338). Det interessante er at de fleste alternative behandlere i denne debatten i stor grad ser ut til å akseptere at kravet om vitenskapelig dokumentasjon, noe som viser at de har et selvbilde som en vitenskapelig behandlingsform. Bente Schei og Christine Barstad utgjør unntak fra denne regelen, de mener at det vesentlige ikke er om alternativ behandling er vitenskapelig bevist, det vesentlige er at folk bruker alternativ medisin og blir bedre eller friske av det, og gir uttrykk for at homøopatien ikke trenger legevitenskapelig legitimitet. Det er i den sammenheng interessant å merke seg at Bente Schei ikke representerer interessene til en bestemt alternativ behandlingsform, men er mer å regne som en forfatter av en forbrukerguide til det alternative behandlingsfeltet. Christine Barstad er kun student og dessuten innen en behandlingsform som ofte blir forbundet mer med velvære enn behandling, og der en gjerne ikke har pretensjoner om å konkurrere med legeprofesjonen. En kan spekulere i om ikke det er denne behandlingsformens posisjon som gjør henne lite interessert i vitenskapelig legitimitet.

I sin helhet viser saken fremveksten av en sosial bevegelse med faglig sett ressurssterke talspersoner som har oppnådd så stor politisk makt at sentrale naturvitenskapelige autoriteter anser seg som nødt for å konfrontere bevegelsen i en lang og krass offentlig debatt. Bevegelsen har lyktes både i få en ambisiøs doktorgradsstudent i medisin, samt en ledende politiker, til å vise lojalitet overfor det alternative behandlingsfeltet. Deres suksess har trolig sammenheng med at de har formulert en ideologi som fenger, blant annet fordi denne ideologien uttrykker verdier som samsvarer med verdidimensjonen «moderne idealister» og fordi den både gir en treffende kritikk av det etablerte helsevesen og dessuten formulerer ett alternativ.

I neste kapittel som er det avsluttende kapitlet i oppgaven, skal jeg beskrive kort beskrive Aarbakke utvalgets innstilling «Alternativ medisin» og de politiske konsekvensene av den, samt kiropraktorenes posisjon i helsevesenet i dag

.



## 6. Veien mot økende offentlig legitimitet til alternativ behandling

### 6.1. KIROPRAKTORENE: EN UNIK MELLOMSTILLING

Selv om kiropraktorene deltok i Norsk Forskningsfond for alternativ medisin, er det lite som tyder på at de i dag har en felles identitet med det alternative behandlingsfeltet. Hjemmesiden til Norsk Forskningsfond innen Alternativ medisin er ikke oppdatert siden 2000, og siste årsrapport ble gitt ut i 1999, samme år som NFAM ble opprettet. Det eneste samarbeidsorganet for kiropraktorer og alternative behandlere ser dermed ut til å lidd en stille død. Kiropraktorene har også egne spesialiserte utdannelseinstitusjoner som er atskilt fra det øvrige alternative behandlingsfeltet. Ifølge Dag Bruusgaard har kiropraktikk stadig et snev av alternativ behandling ved seg.

«Kiropraktorer har stått i en mellomstilling, dels som resultat av en historisk utvikling. Før kiropraktorene ble godkjent på linje med annet helsepersonell, ble det etter vedtak i Stortinget innført trygderefusjon på kiropraktorbehandling - den gang mot relativt enstemmig protest fra den sentrale helseadministrasjon og legestanden. Senere er kiropraktorene godkjent, men har stadig en snev av alternativbehandling heftet ved seg.» (Bruusgaard, 2000, s. 3454 – 56)

Dag Bruusgaards plassering av kiropraktorene i en mellomstilling synes rimelig. Berg (2003) viser at de er den gruppen av behandlere som har gjort seg best kjent med de nye kliniske retningslinjene<sup>57</sup>, men at de ikke har bidratt med personell til en eneste artikkel publisert av forskningsenheten til Nasjonalt Ryggnettverk. Det at kiropraktorene utmerker seg når det gjelder å bli kjent med de nye retningslinjene, er ett av flere argument kiropraktor Jakob Lothe bruker for å overbevise leseren om at kiropraktorene bør bli de nye rygglegene i en kronikk publisert i Dagbladet (6.1.2004). Grunnen til at kiropraktorene utmerker seg er ifølge Lothe den «tradisjon og kompetanse disse ryggbehandlerne representerer som harmonerer godt med retningslinjene i praksis». Som tidligere nevnt står det i de nye kliniske retningslinjene at manipulasjonsbehandling har god dokumentert effekt ved uspesifikke korsryggsmerter.

---

<sup>57</sup> 96 % av kiropraktorene har hørt om de nye kliniske retningslinjene, og av disse har 74 % lest hele eller deler av retningslinjerapporten (Berg, 2003, s. 9)

I innst. S. nr. 202 (1998 – 1999) foreslo flertallet bestående av Høyre og Arbeiderpartiet i sosialkomiteen å gi kiropraktorene flere nye viktige rettigheter som en prøveordning:

«Følgende legges til grunn:

- henvisningskravet fra lege til kiropraktor faller bort
- kiropraktor får anledning til å sykemelde sine pasienter for en kortere periode
- kiropraktor får anledning til å henvise til spesialist på nærmere fastsatte vilkår
- kiropraktor får anledning til å rekvirere fysikalsk behandling» (Innst. S. nr. 202, 1998-99, s. 1)

Forslagsstillerne viser til de store samfunnsmessige utgiftene forårsaket av rygglidelser, og at en mulig løsning på problemet er mer effektiv utnyttelse av eksisterende ressurser og personell. De hevder deretter at kiropraktorene utgjør den mest «høyspesialiserte profesjonsgruppe på muskel- og skjelett lidelser», men at deres ferdigheter ikke blir tilstrekkelig utnyttet når kun 29 % av pasientene som kommer til dem er blitt henvist av leger:

«Ifølge opplysninger fra Norsk Kiropraktorforening og publisert forskning er bare 29,3 pst. av kiropraktorpasientene henvist fra lege, og dermed går 70,7 pst. direkte til kiropraktor. Opplysninger fra samme kilde sier at det er i gjennomsnitt 22,9 sykemeldingsdager for legehenviste pasienter før påbegynt behandling hos kiropraktor, mens tilsvarende tall for pasienter som tar direkte kontakt med kiropraktor, er 8.5 sykemeldingsdager.» (Dokument nr. 8:34, 1998-99, s. 1).

Ifølge forslagsstillerne vil derfor samfunnet spare store penger hvis kravet om henvisning fra leger ble fjernet, og kiropraktorer ble gitt retten til å sykemelde. Legg merke til at påstanden er basert på faglige opplysninger som forslagsstillerne opplyser at de har mottatt fra Norsk Kiropraktorforening.

Lægeforeningen protesterte mot disse forslagene i deres høringsuttalelse om saken. De begrunnet blant annet deres motstand mot forslaget ved å vise til at ordningen bryter med den aksepterte ideen om at legen skal være koordinerende ledd for behandling. De kritiserer også Dokument 8-forslagets påstand om at kiropraktorer er de fremste spesialister på rygg, og viser til at både ortopeder og fysikalsk-medisinere er spesialister med lengre utdannelse innen samme område. Senere hevder de også at den allmennpraktiserende legen har en generell kompetanse som ikke kiropraktorer kan erstatte: «Lægeforeningen er ikke uenig i at kiropraktor/manuell terapeut har spisskompetanse på sitt område, men anser at de ikke har generell kompetanse til å

På tross av Lægeforeningens protester, ble forslaget vedtatt som en prøveordning i tre fylker. I tillegg vedtok Stortinget å gi kiropraktorer rett til å rekvirere blodprøver fra spesialist. Igjen ser vi hvordan kiropraktorer lykkes i å oppnå makt i det politiske system gjennom en selvstendig og kunnskapsbasert politikk. En evaluering foretatt av Sintef Unimed tyder på at sykefraværet ble kortere i de tre forsøksfylkene der den ovennevnte forsøksordningen ble innført, men at sykemeldingsfrekvensen ble værende den samme (resultatet fra forskningen er publisert flere steder, se blant annet [www.kiropraktikk.no](http://www.kiropraktikk.no)). Politikernes påstand om at samfunnet vil spare penger på å fjerne henvisningskravet og å gi kiropraktorene sykemeldingsrett, ser dermed ut til å bli bekreftet. Kiropraktorene ser dermed ut til å ha blitt en yrkesgruppe innenfor helsevesenet som har oppnådd politisk makt og unike privilegier, og som politisk sett opererer uavhengig av legeprofesjonen. Dette gir støtte til Dag Bruusgaards påstand om at kiropraktorene er i en unik mellomstilling, en stilling som de i overraskende grad lykkes i å bruke til å oppnå privilegier som tidligere var forbeholdt legene.

Kiropraktorene er en profesjonalisert yrkesgruppe som inntar en mellomstilling i helsevesenet. De identifiserer seg i liten grad med det øvrige alternative behandlingsfeltet, men er fortsatt ikke helt integrert i legeprofesjonen. De står fortsatt oppført som medlemmer av NFAM, men NFAM er ikke lenger en aktiv forening. NFAM sin siste årsrapport er fra 1999. Kiropraktorene er heller ikke involvert i NAFKAM..

## 6.2. OPPHEVELSE AV KVAKKSALVERLOVEN OG OPPRETTELSE AV NAFKAM

I 1997 opprettet Sosial- og helsedepartementet Arbakke-utvalget. «Utvalget får i oppdrag å utrede hvilken plass alternativ medisin skal ha i det samlede helsevesen i Norge. Videre skal utvalget komme med konkrete forslag til hvordan alternativ medisin i praksis kan reguleres.» I tolkningen av mandatet gjør utvalget en



avgrensning mot rent religiøse former for behandling på den ene side og behandling av rent psykologisk karakter på den andre og velger å utelate begge disse behandlingsformer fra innstillingen. Jarle Aarbakke, Vinjar Fønnebo og Stig Bruset, alle med bakgrunn fra «Program for forskning innen alternativ medisin», var representert i utvalget. Jarle Aarbakke var leder og Vinjar Fønnebo ledet en av tre undergrupper. I tillegg var flere representanter for alternative behandlingsorganisasjoner representert.

«Altså hvis du ser på sammensetningen så hadde også Vinjar Fønnebo, professor på medisinsk fakultet samme sted som jeg, han hadde en lang fartstid som veileder i dette alternativmedisinske forskningsprogrammet i NFR. Så, man plukket jo i utgangspunktet folk som hadde en viss innsikt i det og som ikke stod utenfor og bare ropte at dette ikke er noe vi skal ta tak i.» (Intervju, 2002)

I desember 1998 leverte utvalget innstillingen «Alternativ medisin», der man blant annet foreslo å fjerne kvakksalverloven, og regulere det alternative behandlingsfeltet med bruk av helsepersonelloven. I tillegg foreslo de å åpne opp for å tillate alternative behandlere å ta alvorlig syke til behandling, med unntak av ved smittsomme sykdommer eller alvorlige sinnslidelser. Av andre tiltak enn juridiske var blant annet et forslag om å bevilge 100 millioner kroner i midler til ulike tiltak for å styrke alternativ behandling i Norge, herunder å styrke forskningen innen alternativ medisin ved å opprette et eget institutt ved et universitet og å søke å integrere alternativ behandling med det etablerte helsevesen gjennom såkalte grønne avdelinger på sykehusene. Grønne avdelinger er avdelinger for praktisering av alternativ behandling. Når det gjelder effekt ved alternativ behandling konkluderer de med at homøopati har mulig effekt, mens akupunktur har dokumentert effekt. Mulig effekt er definert som:

«En del positive vitenskapelige forskningsresultater og god klinisk erfaring foreligger. Metoden kan ikke anses dokumentert effektiv med mindre dette bekreftes gjennom flere kliniske studier.» (NOU 1998:21, s. ??)

Samlet sett er Aarbakke-utvalgets innstilling et betydningsfullt skritt mot å gi større offentlig legitimitet til alternativ behandling.

På nyåret 1999 ble Aarbakke utvalgets innstilling gjenstand for en lengre krass debatt i Aftenpostens og Dagbladets debattspalter. I kronikken «Når verden vil bedras» i Dagbladet anklager professor i psykiatri Einar Kringlen innstillingen for å være preget av pseudovitenskap i stedet for en skikkelig drøfting av placeboeffekten.

«I en innstilling om alternativ medisin skulle man tro at placeboeffekten ville bli grundig diskutert. Men i den omfattende rapporten på knapt 300 sider er det sier [sic] og skriver 2 - 3 sider om placebo. Derimot boltrer utvalget seg i viderverdige teorier og er innom såvel kvantefysikk, superstrengteori, relativitetsteori og Avogadras lov som må få fysikere og kjemikere til å fryse på ryggen.» (Kringlen, 1999)

Kringlen skriver også at å lese utredningen for ham til å tenke på at vi lever i en post-moderne tid: «der den ene sannhet er like god som den annen» (ibid, 1999).

Også professor i kjemi Martin Ystenes, professor i fysikk Kristoffer Gjøtterud og 1. amanuensis i fysikk Jan Frøyland (1999) kritiserer innstillingen for pseudo-vitenskapelig innhold i kronikken «Uimotsagt tøv i offentlig utredning» i Aftenposten. Dette er tunge naturvitenskapelige autoriteter i norsk sammenheng, og det er grunn til å tro at de kan oppfattes som talsmenn for den naturvitenskapelige institusjon. I kronikken hevder de innledningsvis at «manglende kildekritikk ved effektvurderinger har sjokkert mange forskere ved norske universiteter» (Ystenes, Gjøtterud og Frøyland, 1999). Hovedkritikken deres går på at innstillingen ukritisk gjengir de alternative behandlernes pseudovitenskapelige forklaringsmodeller, utredningen har rett og slett ikke tatt stilling til de forklaringsmodellene som de har latt de alternative behandlerne beskrive. De viser til at man i utredningen har begrunnet den manglende stillingstaken med at det ikke var tid til en grundig gjennomgang av teorien. De påpeker at utredningen simpelthen kunne ha henvendt seg til institutt for kjemi og fysikk ved norske universitet hvor de ville ha fått hjelp til en slik vurdering. Ystenes, Gjøtterud og Frøyland hevder derfor at begrunnelsen er et vikarierende motiv og foreslår at kanskje kildekritikken rett og slett er ofret på husfredens alter:

«Utvalget vurderer det slik at «. . . i alle fall deler av forskningen innen skolemedisin og alternativ medisin er i ferd med å komme hverandre noe i møte. Hvorvidt dette vil lykkes, må antas å være avhengig av ikke minst følgende to forhold: En gjensidig respekt for hverandres tradisjoner, samt oppriktige forsøk på å stille kritiske spørsmål ved rådende tenkemåter og terapeutiske metoder». På bakgrunn av det som er presentert som forklaringsmodeller for flere av de alternativmedisinske retninger, er det meget vanskelig å forstå hvordan dette kan innby til respekt. Utvalget synes å ha gjort tilnærmet all alternativ medisin immun for kritiske spørsmål, og det er vanskelig å se hvordan et vitenskapelig samarbeid kan utvikles på et slikt fundament.» (Ystenes, Gjøtterud og Frøyland, 1999)

Her stiller de seg eksplisitt kritiske til de normer for samarbeid og respekt mellom alternativ behandling og legeprofesjonen som kom til uttrykk i Programnotatet for

forskning innen alternativ medisin og som jeg vil hevde at dette miljøet har tatt med seg inn i Aarbakke utvalget.

Kritikken mot utredningen kommer ledende autoriteter innen psykiatri, kjemi og fysikk, som alle hovedsakelig går til angrep på den mangelen på faglig kritikk av de pseudovitenskapelige teoriene som blir gjengitt i utredningen, og på den manglende stillingtaken til disse teoriene. Både Gjøtterud, Frøyland og Ystenes på den ene side, og Kringlen på den andre, stiller dessuten spørsmålstejn ved hvorfor deres respektive fagfelt ikke ble tatt med i utredningen.

Som vist er det i stor grad er miljøet rundt det forskningsprogrammet innen alternativ medisin som står bak utredningen. Som jeg har påvist kan de normer om respekt og samarbeid som Ystenes, Kringlen og Gjøtterud stiller seg kritiske til i utredningen, også gjenfinnes i forskningsprogrammet: «Program for forskning innen Alternativ medisin», og i regjeringens forsvar av dens støtte til forskning på alternativ behandling i leserinnlegget signert Siri Ottervik. Når jeg fremhever dette poenget er det for å hevde at det er miljøet rundt forskningsprogrammet preget av grønn opposisjon og kunnskapsrelativisme, som er opphav til de normene som delvis har ligget til grunn for innstillingen NOU 1998:21. Denne påstanden gis støtte av at man etter en drøfting av begrepsbruk i Aarbakke-utvalget, ender opp med å bruke begrepet «alternativ medisin» for å i stor grad likestille legevitenenskapen og alternative behandlingsformer. Aarbakkeutvalgets utredning støtter dermed opp under det alternative behandlingstiljøet forsøk på å legitimere behandlingen ved bruk av pseudovitenskapelig terminologi, og går imot hele den tro på vitenskapelig rasjonalitet som i stor grad preger den naturvitenskapelige institusjon. De krasse reaksjonene fra ledende forskere innen naturvitenskap og psykiatri er både en reaksjon på brudd med naturvitenskapens etos, og en reaksjon på den økende politiske makten til det alternative behandlingstiljøet.

I 2000 tok Norges Forskningsråd initiativ til å opprette NAFKAM, «Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin», etter forslag fra Aarbakke utvalget. Som nevnt i kapittel 4 ble det arbeidet med å opprette et slikt senter allerede da Jarle Aarbakke satt som leder for forskningsprogrammet innen alternativ medisin.

Først den 16. desember 2002 leverte helsedepartementet en odelstingsproposisjon om Aarbakkeutvalgets forslag med tittelen: «Om lov om alternativ behandling av sykdom mv.». Jeg kort beskrive departementets vurdering av begrepsbruk, forskning på alternativ behandling og deres lovforslag. Det første en merker seg er det store omfanget på proposisjonen, noe som gjenspeiler et utsagn i proposisjonen om at en ønsker å ha et aktivt forhold til alternativ behandling. I kapittel tre går man inn på begrepsbruk og konkluderer etter en lengre diskusjon at det den beste betegnelse er alternativ behandling, fordi det er såpass bredt at det fanger inn flere sider ved, samtidig som det ikke gir assosiasjoner i retning av naturvitenskap eller systematisert kunnskap. Departementet går dermed bevisst imot Aarbakkeutvalgets begrepsbruk, og dermed, vil jeg hevde, indirekte et oppgjør med verdien om kunnskapsrelativisme som den er basert på. Dessuten kan denne begrepsbruken tolkes som ett uttrykk for lojalitet til legeprofesjonen i og med at Lægeforeningen vedtok å bruke termen «alternativ behandling» på et landsstyremøte i 1995.

Gjennom valget av begrepet alternativ behandling, signaliserer departementet at de oppfatter det etablert medisin som en bredere og mer folkelig tilnærming til helse enn det som preger legeprofesjonen. I proposisjonen går man både inn på spørsmålet om hvorvidt de ulike alternative behandlingsformene har dokumentert effekt, og om hvordan forskning på alternativ behandling bør utformes. De ønsker en bred tilnærming til forskningen både tematisk og metodisk, og tar dermed avstand fra fokuset på effektforskning med dobbelt-blind randomisert design. De ønsker en nyansering og videreutvikling av effektbegrepet.

«Eksempler er at pasienten opplever å være syk, men skolemedisin klarer ikke å finne eller stille diagnose. Det er derfor også av interesse å forstå bedre hvilke sider ved alternativ behandling som kan være en forklaring på denne økningen, og hva helsetjenesten kan lære av de alternative behandlernes og deres behandlingsformers antatte fortrinn.» (Ot.prp. nr. 27 (2002-2003),

Departementet kommer også med spesifikke forslag til hvilke pasientgrupper en bør rette forskningen ved NAFKAM mot. De foreslår at NAFKAM bør forske på alternativ behandling som et tilbud til pasienter med subjektive helseplager, og ved lidelser som allergi, astma og residiverende infeksjoner. Dette viser at det å forske på

placebo som behandlingseffekt nå gis støtte fra statlig hold. Dessuten viser det at departementet innser at alternativ behandling dels handler om hjelp til å mestre subjektive helseplager (illness). Det utgjør et vitenskapssosiologisk interessant forsøk på å påvirke forskningen. Hvorvidt de lykkes eller ei, er det for tidlig å svare på.<sup>58</sup>

De juridiske forslagene i Ot. prp. nr. 27 går på flere områder mot forslagene til Aarbakkeutvalget. Blant foreslår departementet å bevare kvakksalverloven, å stramme den inn når det gjelder reklame, men å på visse punkter åpne opp for at alternative behandlere kan ta alvorlig syke pasienter til behandling hvis behandlingen kun går ut på å lindre, og med krav om legens godkjenning. I ot.prp. nr. 27 er det en lengre drøfting av om hvorvidt man bør gå inn for å autorisere enkelte alternative behandlere, og her gjengis høringsuttalelser både fra organisasjoner innen legeprofesjonen og organisasjoner på det alternative behandlingsområdet. I høringsuttalelsen opptrer akupunktørene som en yrkesgruppe som søker autorisasjon for seg selv, homøopatene går inn for å autorisere både egen yrkesgruppe og akupunktørene. Disse to gruppene opptrer dermed politisk sett ikke på vegne av hele det alternative behandlingsfeltet, men som to yrkesgrupper av behandlere utenfor helsevesenet som søker autorisasjon. NNH, Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon, ble som påvist stiftet ut fra en idé om felles identitet for det alternative behandlingsfeltet, en idé som hadde opphav i miljøet rundt Norsk Forening for Helhetsmedisin. I motsetning til akupunktørene og homøopatene, går NNH ikke inn for gi autorisasjon til enkeltgrupper fordi de opplever dette som «splittende for fagmiljøet». NNH ønsker primært en fellestittel for det alternative behandlingsfeltet, og nevner som eksempel tittelen naturterapeut. Norges Landsforbund av Homøopraktikere (NLH), som er som er stor konkurrent til Norske Homøopaters Landsorganisasjon, opplever NLH og NFKA sine selvstendige søknader om autorisasjon som et svik mot det alternative behandlingsfeltet:

«Som kjent for noen av dere har NHL og NFKA søkt om autorisasjon. Det kan bety en splittelse av hele det alternativ medisinske miljø og at vi som ikke har søkt autorisasjon kan bli satt utenfor og komme i den situasjon at vi blir som en nummer to gruppe som ”kun får smuler fra de rikes bord”.» (NLH, 2002, s. 1).

---

<sup>58</sup> Det kan være et interessant tema for en annen hovedoppgaven, men sannsynligvis vil departementet selv sørge for å evaluere forskningen etter hvert.

I likhet med NNH er NLH en eklektisk organisasjon for en rekke forskjellige alternative behandlingsformer, herunder: Akupunktur, Homøopati, Biopati, Homotoxikologi, Soneterapi, Kinesiologi og Naturterapi<sup>59</sup>. Her får vi igjen demonstrert hvordan det finnes to mulige tilknytningsformer på det alternative behandlingsfeltet. En kan enten være tilknyttet til det abstrakte begrepet alternativ medisin, eller til en konkret yrkesgruppe. Ulike organisasjonsformer gir seg utslag i ulik tilknytning til det alternative behandlingsfeltet i dets helhet, og dermed ulike politiske interesser.

Noe overraskende åpner man i departementet ikke opp for å autorisere de to behandlingsformene som ifølge Aarbakke-utvalget har best dokumentert effekt, nemlig akupunktur og homøopati. I stedet velger man å gå inn for å opprette et utvalg som skal utrede om naprapati og ostopati skal gis autorisasjon. Dette er to folkelige behandlingsformer for ryggplager, og departementet begrunner dette forslaget med at disse to behandlingsformene har flere fellestrekk med kiropraktikk og fysioterapeuter både når det gjelder behandling og kvalitet på utdanningen. På hjemmesidene til Norsk Osteopat Forbund kan en lese at de behandler pasienter med akutte- og kroniske smerter, og i økende grad: «kommer også pasienter med problemer fra luftveiene, urinveiene (inkontinens) og fordøyelsessystemet (sure oppstøt, hard mage)». <sup>60</sup> Pasientgruppen overlapper dermed i stor grad med det som er typisk for det alternative behandlingsfeltet. Naprapati har dens opphav i det amerikanske kiropraktormiljøet, behandlingsmetoden ble oppfunnet av Oakley Smith som var ansatt ved den kiropraktiske utdannelseinstitusjonen Palmer College i USA. Naprapati har klare likhetstrekk med kiropraktikk, men skiller seg ifølge ved at det er en noe mildere form for behandling. Naprapatene behandler vonde rygger, men også nakkesmerter, hodepine, muskelspenninger og idrettsskader.

Når det gjelder akupunktur og homøopati foreslår departementet i første omgang en utredning av kvaliteten og innholdet i utdanningen til disse to gruppene. Fremskrittspartiet og Senterpartiet foreslo å inkludere akupunktører og homøopater i

---

<sup>59</sup> Legg merke til behandlingsformer som homotoxologi og biopati. Dette er behandlingsformer som har sterkt innslag av pseudovitenskapelige termer og instrument.

<sup>60</sup> Se [www.osteopati.org](http://www.osteopati.org) [20.2.2004]

denne utredningen om ostopati og naprapati da komiteens innstilling om Ot. Prp. Nr. 27 (O.nr. 98 (2002-2003)) ble behandlet i Odelstinget, men dette forslaget ble nedstemt. Et annet mindretall, Senterpartiet og Arbeiderpartiet, kom med følgende forslag: «Stortinget ber Regjeringen i samarbeid med bransjen for alternative behandlere ta initiativ til å få opprettet en hovedorganisasjon for bransjen.» (Innst. O. nr. 98, s. 21). En rimelig tolkning av dette forslaget er at Sp og Ap støtter ideen om at det alternative behandlingsfeltet utgjør et enhetlig felt. En felles identitet som alternative behandlere har dermed også politisk støtte.

I ot.prp. nr.27 (2002-2003) støtter man Aarbakke-utvalgets forslag om å innføre en registreringsordning som har til hensikt å skille seriøse fra useriøse utøvere. Med seriøse mener man god foretningsskikk og god yrkesetikk, og ikke dokumentert effekt. Saken viser at Helsedepartementet opptrer som en selvstendig aktør som står for selvstendig linje, uavhengig av det miljø som oppstod rundt forskningsprogrammet for alternativ medisin i Norges Forskningsråd. Ot. prp. nr. 27 (2002-2003) ble behandlet av sosialkomiteen den 5. juni 2003, og ble vedtatt av Stortinget i 2003 med et flertall fra SV og regjeringspartiene.

I dag er det kun to pågående forskningsprosjekt under program for forskning inne alternativ medisin. I 2000 opprettet man et program for «Pasientnær klinisk forskning» og la programmet for alternativ medisin under dette. Foreløpig er det uvisst hvor mye forskning som vil bli kanalisert til alternativ medisin ved den nye organiseringen. I fjorårets statsbudsjett ble bevilgningen til forskning og annet øket med fire millioner til 7,7 millioner kroner, tre av disse millionene ble satt av til forskning på alternativ medisin. Nå blir ressurser til nye forsøk innen alternativ behandling også bevilget fra Norges Forskningsråd til NAFKAM ved Universitetet i Tromsø. Interesseorganisasjonene på det alternative behandlingsfeltet har dermed oppnådd en del politisk sett. De har fått en registerordning, de har fått en egen forskningsinstitusjon og de har tvunget helsedepartementet til å ta dem på alvor, noe den lange og grundige odelstingsproposisjonen er et uttrykk for. I tillegg har homøopatene og akupunktørene oppnådd å få utredet deres utdannelse, og hvis utdannelsen blir godkjent vil de sannsynligvis autorisert på tross av at deres behandlingsform ikke er vitenskapelig dokumentert.

NAFKAM har ikke realisert målet som ble formulert i «Program for forskning om alternativ medisin» om samarbeid med biomedisinske miljøer om forskning på sammenhengen mellom psyke og soma. NAFKAM har kun knyttet til seg de allmennpraktiserende legene Sameline Grimsgaard og Anita Salomonsen, samt sosiologene Laila Launsø og Aslak Steinsbakk.<sup>61</sup> Både Steinsbakk og Launsø er tilknyttet det alternative behandlingsfeltet, Steinsbakk som leder for Norske Homøopaters Landsforbund, Launsø som forfatter av bøker i alternative behandlingsformer. Et slikt valg av samarbeidspartnere viser at NAFKAM baserer seg på det mønster for samarbeid mellom allmennmedisinere og alternative behandlere som ble skapt i program for forskning innen alternativ medisin. Problemet med en slik tilknytning fra et vitenskapssosiologisk perspektiv er at det vil føre til et press mot å unngå forskning på placeboeffekten, samt at det ikke gir grunnlag for samarbeid med spesialistene innenfor legevitenenskapen. Ingen av de pågående prosjektene under NAFKAM blir utført i samarbeid med spesialister innen legevitenenskapen. Det er trolig de sistnevnte som kan tilføre en slik forskning den vitenskapelige tyngde som kreves for at legevitenenskapen som helhet skal kunne ta innover seg begrensningene til det biomedisinske perspektiv i møte med samsykdommer.

I en privat epost kan Steinsbakk fortelle følgende om NHL sin offisielle holdning til forskning:

«1) Det må skilles mellom homøopati som behandlingsform og effekten av potensierte medisiner. Hittil har den forskningen som er publisert i medisinske tidsskrift og som finnes i "skolemedisinske" forskningsdatabaser i all hovedsak dreid seg om spørsmålet om effekten av potensierte medisin, noe som gjør at det i veldig liten grad er overføringsverdig til klinisk praksis. 2) Forskning på potensierte medisiner er viktig, men det er nødvendig med mer fokus på forskning som forbedrer homøopatisk praksis slik at pasientene får en bedre behandling.»

Det at NHL i dag er opptatt av vitenskapelige legitimitet, er i stor grad et resultat av de institusjonelle rammer som NHL var med på å skape gjennom deres deltakelse i organisasjonen som tok initiativet til forskningsprogrammet. Dette skaper et dilemma

---

<sup>61</sup> Steinsbakk skrev for øvrig hovedoppgave i sosiologi med tittelen «Alternativ medisin : en institusjon i Norge?» (Steinsbakk, 2000), der konklusjonen er at alternativ medisin er en institusjon både fordi pasientgruppen er stor og fordi pasientgruppen representerer de brede lag av befolkningen.



for alternative behandlere i dag, i og med at effektforskningen både har gitt negative resultat, og dessuten blir møtt med hard kritikk fra naturvitenskapelig hold. Ønsket om vitenskapelig legitimitet som en vei til offentlig legitimitet er gitt, og Steinsbekks svar kan tolkes dit hen at en med tanke på de negative erfaringene fra forskningsprogrammet i NFR nå ønsker å endre forskningsinnsatsen fra effektforskning til forskning på behandler-pasient relasjonen.<sup>62</sup> Den tolkningen gis støtte av uttalelsene til leder for Norsk Homøopatisk Pasientforening Thore K. Aalberg i en artikkel i fagbladet «Forskningsetikk». I denne artikkelen som handler om forskning på alternativ behandling, hevder Aalberg at forskningsmetodene bør være annerledes enn det som gjelder innen legevitenenskapen når en forsker på alternativ behandling. Han hevder blant annet: «Kanskje skal man se mer på metodevalgene innenfor humanistisk forskning». Tolkningen gis også støtte av redaktøren for Forskning.no, Erik Tunstad, i en kronikk om NAFKAMs forskningsstrategi. Tunstad hevder at en nå ser en dreining bort fra effektforskning til å forske på alternativ behandling som et sosialt fenomen:

Leser du det representanter for NAFKAM skriver, vil du finne at de primært er interessert i ”hva som skjer på feltet”. Og for å fortsette å sitere Vinjar Fønnebø: ”Deretter bør vi se på om dette er farlig, og hva som kan gå galt. Deretter må vi forske på systemnivå – altså forske på 'det å gå til homøopat'. Først når vi har gjort det mener jeg vi bør forske på det homøopatiske preparat.”

Det forskeren altså er minst interessert i, er om preparatet faktisk virker, noe vi har skrevet tidligere. (Tunstad, 2004)

I neste kapittel skal jeg peke på mine hovedfunn.

---

<sup>62</sup> Her har de noe å lære av kiropraktorenes arbeid med «Autorisasjon av kiropraktikk», der en for det meste brukte trygdmedisinske data og pasienttilfredshet for å bevise den gode effekten av kiropraktikk.

## 7. Konklusjon

Legeprofesjonen har vist store svakheter i møte med pasienter som har subjektive helseplager. De foregående analysene viser at flere yrkesgrupper utenfor det etablerte helsevesenet som har spesialisert seg på denne type lidelser, har utfordret legeprofesjonen både vitenskapelig, politisk og samfunnsmessig.

I kapittel tre ble det gjort en analyse av kiropraktorenes arbeid for å bli autorisert og deres utfordring av legers ekspertautoritet, med Freidsons profesjons sosiologi som hovedinnfallsvinkel. Kiropraktikk var i utgangspunktet en folkelig behandlingstype med opphav i antroposofien. Kiropraktorene har over tid blitt profesjonalisert og tatt avstand fra ideene til stifteren av kiropraktikken. Hendelsen er en politisk sak, der vitenskapen er en viktig ressurs for en legeprofesjon. I utgangspunktet lykkes legeprofesjonen å bruke sin vitenskapelige autoritet til å avvise kiropraktorenes forsøk på å bli autorisert ved blant annet å stemple kiropraktorene som uvitenskapelige. Både politikere og legeprofesjon er enig om at kiropraktikken er uvitenskapelig, men etter hvert endrer politikerne mening, mens legeprofesjonen står fast i sin posisjon. En av legeprofesjonens viktigste strategier i utvalget består i å bruke deres vitenskapelige autoritet for å overbevise politikere og utvalg om at kiropraktorenes behandling medfører alvorlige bivirkninger, at kiropraktorene ikke har noe positivt å bidra med, samt at kiropraktorene svikter når det gjelder diagnose og analyse av røntgenbilder. Kiropraktorenes strategi består hovedsakelig i å påvise intern uenighet i legeprofesjonen om påstandene om bivirkninger av kiropraktikk og kiropraktorenes manglende ferdigheter i å stille diagnose. Et annet sentralt funn var at kiropraktorene drev en form for kunnskapspolitikk som dels bestod i å avdekke avstanden mellom ideal og realitet når det gjelder legeprofesjonens behandling av ryggpasienter. I tillegg avdekket hendelsen at en forsker innenfor legeprofesjonen hevdet at ryggfeltet er preget av uvitenhet, mens flere disiplinspecialister på den annen side uttalte seg med skråsikkerhet om den rette diagnose og behandling. Legeprofesjonen fremstiller seg som de eneste legitime eksperter når det gjelder behandling av ryggpasienter, men kiropraktorenes statistiske undersøkelse av allmennlegenes praksis avdekker at allmennlegene ikke mestrer behandlingen av ryggpasienter. Analysen avdekket at det var stor avstand mellom ideal og realitet i behandling av ryggpasienter innenfor

legeprofesjonen, og den manglende erkjennelsen av realitetene ble tolket som et uttrykk for spenningen mellom legeprofesjonens praksis og dens tilknytning til naturvitenskapens etos. Kiropraktorene lyktes med sin kunnskapspolitikk, på tross av legeprofesjonens motstand. Både politikere og de nøytrale medlemmene av utvalget stoler mer på kiropraktorenes påstander enn på legeprofesjonen.

I erkjennelsen av svikten i legeprofesjonens behandling av ryggglidelser ble det startet et forsøk på å øke innsatsen på forskningsfronten, og dessuten for å bedre koordineringen av de ulike disiplinspecialistene på ryggfeltet. Parallelt med dette arbeidet vokste det i løpet av 90-tallet fram en ny modell for behandling av akutte ryggglidelser, der erkjennelsen av uvitenhet om årsaken til ryggglidelser blir fremhevet. Denne modellen ble gitt navnet "subjektive helseplager", og har dets vitenskapelige opphav i et institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved Universitetet i Bergen. Denne modellen fokuserer på å øke allmennlegens mestring av pasienter med akutte ryggmerter, som i 90-95 % av tilfellene blir regnet som psykosomatiske lidelser. Teorien er at legens mestring av slike pasienter påvirker hans evne til å skape trygghet og tillit, noe som er en viktig faktor for pasientens egenmestring av lidelsen. Denne modellen blir møtt med verbal motstand fra forkjemperne for den organiske modellen. Jeg analyserte denne debatten med bruk av Kuhns vitenskapsteori og viste at ryggfeltet foreløpig er å betrakte som et førparadigmatisk forskningsområde, noe som blant annet støttes av at flere sentrale forskere driver med vitenskapsfilosofisk virksomhet. Debatten viser at forkjemperne for den organiske modellen anser avansert diagnostikk og medisinsk høyteknologi som en sentral del av deres profesjonelle selvbylde. Ifølge forkjemperne for modellen subjektive helseplager er derimot den organiske modellen til dels å regne som en mystifisering av ryggplagene. De hevder dessuten at helsevesenet har gjort vondt verre for mange ryggpasienter. Begge parter i debatten er uansett enige om at ryggfeltet har vært et underprioritert forskningsfelt, og at det etablerte helsevesenets behandlingstilbud har vært dårlig organisert.

Yrkesgruppene som vokser fram på det alternative behandlingsfeltet konkurrerer både med hverandre og med legeprofesjonen om å bli de fremste behandlerne av pasienters plager og lidelser. På starten av 1990-tallet så vi tendenser til internt samarbeid mellom gruppene i forsøket på å oppnå legitimitet gjennom et kunnskapspolitisk

program for å oppnå støtte til forskning på alternativ behandling. For gruppene som ikke var autorisert var dette en annen type strategi på vei mot autorisasjon enn det som ble avdekket i kiropraktorhendelsen. Mens kiropraktorene brukte folkelig støtte, profesjonalisering og politisk lobbyisme for å oppnå autorisasjon, søker NFAM å oppnå autorisasjon gjennom bevise effekt av behandlingsmetoder med bruk av legevitenskapelige metoder. I den sammenheng var det tendenser til en felles identitet som sosial bevegelse i opposisjon til legevitskapen. Blant annet så vi at det ble formulert en generell abstrakt ideologi som skulle omfavne hele det alternative behandlingsfeltet, en ideologi som gir uttrykk for holisme, individualisert behandling og tro på naturens helbredende kraft vil virke gjennom å aktivisere pasienten til å endre livsstil. Vi så også at dette programmet avdekket at det alternative behandlingsfeltet har evnen til å mobilisere både alternative behandlere og representanter for legeprofesjonen til å støtte kampen for forskning. I gjennomføringen av forskningsprogrammet demonstrerer det alternative behandlingsfeltet at det evner å mobilisere sine egne medlemmer til uegennyttig handling på vegne av feltet i form av entusiastisk deltakelse i forskningsprosjekt. Gjennom å oppnå politisk støtte til forskning på alternativ behandling på tross av motstand i Forskningsrådet, demonstrerer nøkkelpersonene på det alternative behandlingsfeltet at de behersker politisk strategi og har økende politisk legitimitet. Den økende politiske makten kan sees i sammenheng både med den økende utbredelsen av alternativ behandling i befolkningen og med en generell kulturell endring mot New age på den ene side, og mot moderne idealisme på den andre.

Det finnes to typer organisasjoner på det alternative behandlingsfeltet, de som organiserer en klart avgrenset yrkesgruppe og de som organiserer en rekke forskjellige yrkesgrupper. De førstnevnte har politisk sett vist seg å primært opptre som en representant for egen yrkesgruppe, mens de sistnevnte opptrer på vegne av det alternative behandlingsfeltet og identifiserer seg slik sett med dette feltet. Disse to organisasjonsformene gjenspeiler det faktum at alternative behandlingsformer til dels har sitt opphav i New age bevegelsen og at alternativ behandling har dens mest ideologiske og ihuga støttespillere der, men at også flere av de mest populære behandlingsformene har nådd langt utover New age når det gjelder pasientgrupper (se delkapittel 2.5 og Steinsbekk 2000). Vi så at den ene av organisasjonene som var medlem av NFAM, nemlig Norsk Forening innen Helhetsmedisin, var en organisasjon

som identifiserer seg med det alternative behandlingsfeltet. Denne organisasjonens ideologi la grunnlaget for paraplyorganisasjonen Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon (NNH). Som vi så i kapittel 6 opptrer NNH politisk sett på vegne av det alternative behandlingsfeltet, og ikke på vegne av en spesifikk yrkesgruppe.

Etter at NFAM fikk iverksatt forskningsprogrammet, lykkes organisasjonene også i å mobilisere egne medlemmer til å delta eller ta initiativ til forskningsprosjekt. På tross av enkelte tendenser til en sofistikert forståelse av alternativ behandling, ender de opp med prosjekt designet for å luke bort placeboeffekten. Resultatet ble for det meste negative forskningsresultat. Forskningsdesignet som skaper negative forskningsresultat på tross av behandlernes gode personlige erfaringer, ble gjennomgått i detalj i delkapittel 4.5. Vi så at kiropraktisk behandling av spedbarn med kolikk hovedsakelig handler om sosial og psykologisk støtte til foreldrene i møte med en lidelse som legeprofesjonen ikke kan tilby en kur mot. Da forskningen avdekket at kiropraktikk mot spedbarnskolikk kun hadde en placeboeffekt, valgte kiropraktoren som var tilknyttet eksperimentet å slutte å behandle denne type pasienter. Konklusjonen til Olafsdottir er at en av samfunnsøkonomiske grunner ikke bør henviser til kiropraktor. En kiropraktor og en allmennlege brukte et vitenskapsteoretisk poeng til å gi et politisk forsvar av at det på tross av konklusjonen i Olafsdottirs studie, i noen tilfeller likevel kan være riktig å henviser til kiropraktor. Debatten i tidsskriftet og intervjuet med Olafsdottir viste at kiropraktorer har en viktig funksjon i Storbritannia, og at denne funksjonen har sammenheng med de er viktige støttespillere for fortvilte foreldre i et samfunn der den offentlige helsetjenesten er mindre utbygd. På tross av at kiropraktikk mot spedbarnskolikk i stor grad handler om tillit og sosial og psykologisk støtte, foregikk debatten om henvisning til kiropraktorer for det meste med rent vitenskapelige termer.

I 1997 kunne Borchgrevink konkludere med at ingen alternative behandlingsformer, med unntak av akupunktur mot svangerskapskvalme, hadde dokumentert effekt, men at flere av behandlingsformene har en sterk placeboeffekt. Det viser både at legevitenskapelige metoder er en nøytral vurderingsinstans og at alternativ behandling ikke handler om den spesifikke virkning av en bestemt remedie eller behandlingsform.

I 1997 ble forskningsprogrammet innen alternativ medisin møtt med en kritisk reaksjon fra disiplinspecialister innen det etablerte forskningsmiljø. Etablerte legevitenskapelige forskere forsøkte å vinne tilbake lojaliteten til enkeltforskere som identifiserte seg med det alternative behandlingsfeltet. Legevitenskapelige forskere gikk til angrep på det politiske systems støtte til forskning på alternativ behandling. Debatten brakte også forskere innen naturvitenskapen på banen. I denne debatten møter legevitenskapen respons fra yrkesgrupper innenfor det alternative behandlingsfeltet som opptrer i samlet opposisjon mot legeprofesjonen. I lys av perspektivet om sosiale bevegelser, kan denne hendelsen tolkes som en sosial bevegelses protest mot den naturvitenskapelige institusjons autoritet som portvakt som hindrer den alternative behandlingen fra å oppnå politisk legitimitet. Et viktig poeng er at debatten avdekket en felles forståelse blant ledere for alternative behandlingsorganisasjoner om svakhetene ved legeprofesjonen. Det var derimot ingen konsensus om hva slags alternativ de representerer. Noen ledere for alternative behandlingsorganisasjoner knytter deres identitet til vitenskapelig terminologi og vitenskapelige bevis. Det gjaldt for eksempel leder for Norsk Akademi innen Naturmedisin, Jens Lunden, som har legebakgrunn og som var en av initiativtakerne til forskningsprogrammet. En sentralt posisjonert representant for hele det alternative behandlingsfeltet, Bente Schei, forsvarte alternativ medisin som et grønt alternativ til legeprofesjonen, uten å trekke inn vitenskapelige bevis. Det viser at det er uenighet blant nøkkelpersoner på det alternative behandlingsfeltet om tilknytningen til en legevitenskapelig identitet. Et annet hovedfunn var at de spesialiserte legevitenskapelige forskernes kritikk var rettet mot politikere og alternative behandlere, og ikke mot de allmennpraktiserende legene som støttet programmet.

Vi så at debatten til dels handlet om naturvitenskapelige forskeres reaksjon på brudd med det naturvitenskapelige etos, samt at det var en reaksjon på misbruk av vitenskapelige autoritet blant alternative behandlere. Jeg konkluderte med støtte i Freidson (1988) at dette var et legitimt forsvar av både det naturvitenskapelige etos og en legitim kritikk av alternative behandleres bruk av pseudovitenskap.

Debatten avdekket at en sentralt posisjonert forsker, Tor Waaler, hadde en sterk tilknytning til farmasøytisk industri. Debatten bekreftet dermed til en viss grad det alternative behandlingsfeltets selvforståelse som et alternativ til en legeprofesjon mer

eller mindre styrt av farmasøytisk industri. Dessuten viste debatten at flere forskere tolket generelt den politiske støtten til forskning på alternativ behandling dels som uttrykk for overtro, og dels som mistillit til vitenskapen. Dette stod i kontrast til de nøytrale debattantene som tolket den politiske støtten til forskning på alternativ behandling i relasjon til svikt i legeprofesjonens praksis.

I kapittel 6 så vi at den senere utvikling viser at grupper av alternative behandlere oppnår stadig større støtte i det politiske system. I tillegg så vi at det også er en viss politisk støtte til å betrakte det alternative behandlingsfeltet som et enhetlig felt. Kiropraktorene har fortsatt en mellomposisjon innenfor helsevesenet, men har i den senere tid oppnådd nye privilegier som tidligere var forbeholdt legene, blant annet fjerning av henvisningskrav fra legene og rett til sykemelding. Naprapater og osteopater skal utredes med tanke på å autorisere dem, mens homøopater og akupunktører har oppnådd å få deres utdanning utredet. Dette er et viktig skritt på veien mot autorisasjon. Forskningsprogrammet som ble beskrevet i kapittel 4 er nå blitt institusjonalisert ved Universitetet i Tromsø i form av NAFKAM. Samtidig er opphevelsen av kvaksalverloven en viktig reell og symbolsk uttrykk for den økende offentlige legitimiteten til alternativ behandling og den noe svekkede makten til legeprofesjonen.

Jeg vil avslutte oppgaven med å hente frem et poeng fra andre del av kapittel tre. Her så vi at forskningsmiljøet rundt professor i biologisk psykologi Holger Ursin i Bergen som lykkes i å oppnå makt kunnskapspolitisk makt på ryggfeltet i Norge, har en generell modell for behandling av subjektive helseplager. Denne modellen har visse likhetstrekk med de alternative behandlernes forståelse av deres rolle, som behandlere av folks subjektive helseplager. Men i motsetning til de alternative behandlernes religionslike teorier om helse, er denne modellen fundert i forskning som viser mekanismer for psykens påvirkning på soma, en såkalt bio-psyko-sosial modell. Med bio-psyko-sosial modell menes en modell som forklarer samspillet mellom både det sosiale, psykologiske og det biologiske. Derigjennom kan legevitenskapen overta folkelige sykdomsbetegnelser, luke bort ideologien fra det alternative behandlingsfeltet, og samtidig gi diagnosen vitenskapelig anerkjennelse slik at plagene kan bli tatt på alvor av legevitenskapen og slik at man unngår å stemple pasienten med uttrykket: «han/hun har bare psykiske problemer». Dermed har

legevitenskapen utarbeidet en modell som gir forskning på placeboeffekten høy status, og som dessuten er et incentiv til å gi legeprofesjonen kontroll over pasienter med «subjektive helseplager» i konkurranse med det alternative behandlingsfeltet.

Hva slags gjennomslagskraft denne modellen vil få på andre områder enn ryggfeltet, vil fremtiden vise. Debatten i medisinske tidsskrift om innføringen av modellen om subjektive helseplager i ryggfeltet, avdekket hva slags interesser og verdier innenfor legeprofesjonen som en slik modell støter mot. Verdiene handler om fokuset på bruk av avansert teknologi og avansert diagnostikk. Vi så at den organiske ryggmodellen kan tolkes som en mystifisering av en lidelse som legeprofesjonen har problemer med å mestre.

Hvis ikke de som søker å reformere helsevesenet lykkes når det gjelder å bedre både de strukturelle betingelsene for de allmennpraktiserende legene, samt legenes mestring av pasienter med subjektive helseplager, er det grunn til å tro at man på lengre sikt vil ende opp med en liknende situasjon som i USA, eller for eksempel Israel. I USA er det i dag en taus enighet mellom legeprofesjon og alternative behandlere om at de sistnevnte skal behandle pasientene med subjektive helseplager (Goldstein, 2003). I Israel er yrkesgruppene på det alternative behandlingsfeltet integrert på sykehus, med en rolledeling mellom legeprofesjon og det alternative behandlingsfeltet. Legeprofesjonen utreder om pasientens symptomer er uttrykk for en sykdom (disease) eller en lidelse (illness), og sender i sistnevnte tilfelle pasienten videre til terapi hos de alternative behandlerne. Der har legene med andre ord formelt akseptert at deres rolle er å være spesialister på sykdom, og at alternative behandlere er best til å behandle plager og lidelser.





## 7.1. LITTERATURLISTE:

- Abrams, Philip (1982). *Historical Sociology*. Somerset: Open Books Publishing Ltd.
- Agresti, Alan og Finlay, Barbara (1999). *Statistical Methods for the Social Sciences, Third Edition*. Prentice Hall.
- Andersen, Sjur Øverbøe (2000). "Semantic free-wheeling" og evalueringsrepertoarer i praksis : utkast til et pragmatisk perspektiv på evalueringer i legeprofesjonen, inspirert av Pierre Bourdieus strukturalistiskekonstruktivisme. Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Bergen.
- Beckford, James A. (red.) (1986). *New religious movements and rapid social change*. California: Sage Publications/Unesco.
- Benum, Edgar (1998). *Overflod og fremtidsfrykt*. Bind 12, i Helle, Knut, Kjeldstadli, Knut, Lange, Even og Sogner, Sølvi (red.) Aschehougs Norgeshistorie. Oslo: H. Aschehoug & Co
- Berg, Ole (2003). *Kunnskap og politikk. En evaluering av Nasjonalt ryggnettverks virksomhet 1999 – 2003*. Health Managment Research Program Norway – HORN, Skriftserie 2003: 1 < [www.ryggnett.no/news/HORN\\_2003\\_1.pdf](http://www.ryggnett.no/news/HORN_2003_1.pdf) > [01.06.2004]
- Blaikie, Norman. (2000). *Designing Social Research. The Logic of Anticipation*. Cambridge, Polity Press.
- Borchgrevink, Christian (1997a). Forskning i alternativ medisin: Hva er dokumentert, og hva er dokumentasjon? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, årg. 117: ss. 2469 - 73
- Borggaard, Per (2000). Hva er virkeligheden i virkeligheden. I: Frederiksen, Dan & Jepsen, Lars Peter (red.) *Bedst af alle verdener – myter i det 21. århundre*. København: Forlaget Fremad A/S
- Bruusgaard, Dag (2000). Kiropraktikk, kunnskap og politikk. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, årg. 120: ss. 3454 - 56
- Campbell, Colin (2002). Kulten – det kultiske miljø og sekularisering, i *Humanist*, nr. 2, 2002
- Christie, Vigdis (1991). *Den andre medisinen*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Dybing, Erik, Alexander, Jan, Holme, Jørn A, Løvik, Martinus og Schwarze, Per E. (1996). Helse relatert til kjemisk, fysisk eller biologisk miljø. I Hurlen, Petter og Nordhagen, Rannveig (red.). *Folkehelse i forandring*. Oslo: Universitetsforlaget. (Statens Folkehelseinstitutt). SS. 213 – 232.
- Finset, Arnstein (1999). Hvordan kan vi forklare placeboeffekten. *Impuls*, årg. 53, nr. 2, ss. 14-18

Freidson, Eliot (1988). *The Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press

Fugelli, Per (1982). *Det medisinske klassesamfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Giddens, Anthony. (1997). *Sociology: Third Edition*. Cambridge: Polity Press.

Goldstein, Michael S. (2002). The Emerging Socioeconomic and Political Support for Alternative Medicine in the United States, *ANNALS, AAPSS*, 583, September 2002

Heelas, Paul. (1996). *The New Age Movement*. Oxford, Blackwell Publishers Inc.

Heggland, Grethe Sogn (2000). *Piller og dråper for sjelen : en religionsvitenskapelig analyse av alternativ medisin med vekt på homeopati og Bach blomstermedisin*. Hovedoppgave i religionshistorie, Universitetet i Oslo. < [www.skepsis.no](http://www.skepsis.no) > [10.3.2004]

Hellevik, Ottar (1996). *Nordmenn og det gode liv: Norsk monitor 1985-1995*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hornmoen, Harald (2003). «Forskningen har vist»: Roller og maktrelasjoner i forskningsjournalistikk. I Berge, Kjell Lars, Meyer, Siri & Trippstad, Tom Are (red.). *Maktens tekster*. Makt- og demokratiutredningen. Oslo: Gyldendal Akademisk, S. 182-199

Hughes, Stephen og Bolton, Jennifer (2002). Is chiropractic an effective treatment in infantile colic? *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 86: 5, ss. 382 – 384.

Hysing, Mari & Sivertsen, Børge (2002). *Moderne helsebekymringer*. Hovedoppgave profesjonsstudiet i psykologi, Psykologisk institutt, Universitetet i Bergen < <http://www.ub.uib.no/elpub/> > [11.07.2003]

Ihlebak, Camilla, Eriksen, Hege R. og Ursin, Holger (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002; 30: 20 – 29

Jagland, Torbjørn (1995). *Brev*. Oslo: Tiden Norsk Forlag A/S

Johannesen, Kjell S. (1996). *Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi*. Bergen: Sigma Forlag A.S.

Johnson, Harry M. (1960). *Sociology: a systematic introduction*. New York, Harcourt, Brace and World, Inc.

Kern, Horst og Schumann, Michael (1983). In der Fremde – als Industriesoziologen »Im Feld«. I: Baethge og Essbach (red.). *Soziologie: Entdeckungen im Alltäglichen: Hans Paul Bahrdt Festschrift zu seinem 65. Geburtstag*. Frankfurt/Main: Campus Verlag. ss. 267 - 278.

- Kilian, Janicke. (1991). *New Age-bevegelsen i Norge : hva er New Age? : hvem søker bevegelsen og hvorfor?* Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Bergen
- Knardahl, Stein. (2001). *Kroniske smerter – gjør vi alt galt?* Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 2001; 121: 2620-3
- Kringlen, Einar (1994). *Pasientbehandling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kringlen, Einar (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Marcovitch, Harvey (Editor in Chief.). Archives this Month. *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 84: 2, ss. 382 – 384
- Melton, Gordon (1990). *New Age Encyclopedia*. Detroit: Gale Research Inc.
- Merton, Robert K. med introduksjon og redigering av Norman Storer (1973). *The Sociology of Science : Theoretical and Empirical Investigations*. Chicago: University of Chicago Press.
- Nydal, Herdis Oddbjørg (1996). *Forholdet mellom skolemedisin og alternativ medisin : en studie av møtet mellom allmennpraktiserende leger og homeopater*. Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Bergen.
- Olafsdottir, E, Forshei, S, Fluge, G, og Markestad, T. (2001). Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 84: 2, ss. 138 – 141.
- Ose, Turid og Norum, Kaare R. (1996). *Mat ved kreft*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Park, Robert (2000). *Voodoo Science, The Road from Foolishness to Fraud*, New York: Oxford University Press
- Poleszynski, Dag Viljen (1998). *Skolemedisin og alternativ medisin – konkurranse eller samarbeid?* Avhandling for vurdering til dr.philos, innlevert ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Poleszynski, Dag Viljen (2001). *Framveksten av medisinske alternativer – fra konkurranse til samarbeid...* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Porta, Donatella Della og Diani, Mario (1999). *Social Movements: An Introduction*. Oxford: Blackwell
- Relman, Arnold S. og Angell, Marcia (2003). America's Other Drug Problem. *The New Republic*, 16.12.2002, ss. 27 – 41. < [www.healthcoalition.ca](http://www.healthcoalition.ca) > [30.4.2004]
- Romøren, Tor Inge (1984). *Legemakt og samfunnsstyring: Artikler om helsevesen og helsepolitikk*. Oslo: Pax Forlag A.S.
- Rønnevig, Georg Magne (2003). *From "alternative" to "mainstream": Some aspects of the New Age in Norway*. Upublisert artikkel.

Schick, Theodore, jr. og Vaughn, Lewis (1995). *How to Think About Weird Things: Critical Thinking for a New Age*. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company

Skarpenes, Ove (1997). *Læreplankonstruksjon – et møtepunkt for kunnskap og politikk*. Oslo: Norges forskningsråd (KULTs skriftserie nr. 96).

Skoglund, Audhild. (1999). *Jakten på en indre gud. New age som religionsform og samfunnsstrømning*. Oslo: J. W. Cappelens forlag A/S

Store Norske Leksikon. Nettutgave, bygger på teksten fra Aschehoug og Gyldendals STORE NORSKE LEKSIKON, 3. utgave, med senere oppdateringer. Oslo: Kunnskapsforlaget. < [www.storenorskeleksikon.no](http://www.storenorskeleksikon.no) >

Strand, Jørund (2002). Legemiddelfirmaavhengighet. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 122, 469.

Straumsheim, P, Borchgrevink, C, Mowinckel, P, Kierulf, H og Hafslund, O (2000). Homeopathic treatment of migraine: A double blind, placebo controlled trial of 68 patients. *British Homeopathic Journal*, vol. 89, ss. 4-7

Wagner, Peter (1998). *A Sociology of Modernity, Liberty and Discipline*. New York: Routledge.

Øygard, Astrid Elisabeth. (1998). *Alternativbevegelsens ideologi og strategi: En sosiologisk studie av Alternativt nettverk / Nettverk nytt*. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

## 7.2. OFFENTLIGE DOKUMENTER, RAPPORTER, KRONIKKER, ARTIKLER

*Aftenposten* 17.11.1984. NTB.

*NOU 1998:21. Alternativ medisin* (1998). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. (Norges offentlige utredninger 1998:21)

*Autorisasjon av kiropraktorer* (1985). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. (Norges offentlige utredninger 1985:10)

Bethen, Steenbuch (1997). TV-lege tenker alternativt. *Aftenposten*, 5. november.

Borchgrevink, Christian (2000). *Erfaringer fra forskningsprogram i alternativ medisin i Norge*. Foredrag holdt ved konferanse i Danmark i 2000.

Borchgrevink, Christian (1997b) *Rapport*.

Den norske Lægeforening (2000). *Forslag til forskrift om forsøksordning hvor henvisningskravet fra lege til kiropraktor faller bort m.v.* Brev til sosial- og helsedepartementet av 23. oktober, 2000. < [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) > [17.02.2004]

Dokument nr. 8:34. (1998-1999). *Forslag fra stortingsrepresentantene Asmund Kristoffersen, Gunhild Øyangen og Eirin Faldet om at henvisningskravet fra lege til kiropraktor m.m. skal falle bort.* < [www.stortinget.no](http://www.stortinget.no) > [17.02.2004]

Forskningsetikk nr. 3, 2003. Artikkel av Lise Ekern.

Førde, Einar (2003). Reddikar mot kreft. *Bergens Tidende*, 7. mai.

Innstilling O. nr. 98 (2002 – 2003). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om alternativ behandling av sykdom mv.* < [www.stortinget.no](http://www.stortinget.no) > [29.04.2004]

Innstilling S. nr. 202 (1998 – 1999). *Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Asmund Kristoffersen, Gunhild Øyangen og Eirin Faldet om at henvisningskravet fra lege til kiropraktor m.m. skal falle bort.* < [www.stortinget.no](http://www.stortinget.no) > [29.04.2004]

Joys, Margrethe (2003). Er krig det rette? *Bergens-Tidende*, 4. juni.

Kringlen, Einar. (1999) Når verden vil bedras. *Dagbladet*, 3. mars.

Kvinnsland, Stener (2003). Kreftsykdommene – gjør vi det rette? *Bergens-Tidende*, 2 juni.

Lothe, Jakob. (2004). La kiropraktorene bli «rygglegene». *Dagbladet*, 6. januar.

Nasjonalt Ryggnettverk (2002). *Akutte korsryggsmerter: Kliniske retningslinjer*. Utarbeidet av Nasjonalt Ryggnettverk – Oslo: Formidlingsenheten,.

Nasjonal Forskningsinformasjon om Program for forskning om Alternativ medisin, NSD.

< dbh.nsd.uib.no > [29.04.2004]

Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (1992). *Alternativ medisin*. Oslo: Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Rådet for medisinsk forskning)

Norges Forskningsråd, medisin og helse (1994). *Program for forskning om Alternativ medisin*. Oslo: Norges Forskningsråd området for medisin og helse (Programnotat)

Norsk Forskningsfond for Alternativ Medisin (1997). *Evaluering av forskningsprogrammet i Norges Forskningsråd*. < [www.altmedforsk.no/evalu.htm](http://www.altmedforsk.no/evalu.htm) > [9.3.2004]

NTB (1984). Helsepersonell: Ofte hos homøopat. *Aftenposten*, 17. november.

Odelstingsproposisjon nr. 5 (2002-2003). *Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (samleproposisjon høsten 2002)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

< [www.odin.dep.no](http://www.odin.dep.no) > [21.11.2003]

Odelstingsproposisjon nr. 27 (2003). *Om lov om alternativ behandling av sykdom mv*. Oslo: Helsedepartementet (2002-2003). < [www.odin.dep.no](http://www.odin.dep.no) > [10.3.2004]

Poleszynski, Dag Viljen (NFHM). (1992). Ernæringens betydning i helse og sykdom. Notat i: *Alternativ medisin* (1992).

Rognlien, Bernt-Tore (1992). *Leger alene vite*. *Aftenposten*, 16. januar.

Steenbuch,

Tunstad, Erik (2004). *Alternativ medisin som forretningsidé*. 12 mars, 2004

< [www.forskning.no](http://www.forskning.no) > [24.3.2004]

Ystenes, Martin, Gjøtterud, Kristoffer og Frøyland, Jan. (1999). Uimotsagt tøv i offentlig utredning. *Aftenposten*, 4. september.

### 7.3. VEDLEGG A

Informanter:

Aarbakke, Jarle. Professor i medisin ved Universitetet i Tromsø og leder for Aarbakkeutvalget.

Fugelli, Per. Professor ved Institutt for samfunnsmedisin og allmenntmedisin ved Universitetet i Oslo. Medlem av styret i «Program for forskning innen alternativ medisin».

Olafsdottir, Edda. Overlege ved Barneklubben på Haukeland Universitetssykehus.

Steinsbakk, Aslak. Leder for Norske Homeopaters Landsorganisasjon.

Vestbø, Øyvind. Allmennpraktiserende lege i Finnøy kommune.

### 7.4. VEDLEGG B

Kronologisk oversikt over kronikker, avisartikler og tidsskriftsartikler referert i delkapittel 3.5 «Paradigmeskifte i ryggforskningen»:

Indahl, Aage (1999). Eksperten og ryggen. *Dagens Medisin*, nr. 14, 1999. < [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no) > [26.1.2004]

Strøno, Gunnar. (2001). Korsryggmerter – en funksjonell forstyrrelse: Aage Indahl intervjuet av Gunnar Strøno. *Utposten*, nr. 5, 2001. < [www.uib.no/isf/utposten/utposten.htm](http://www.uib.no/isf/utposten/utposten.htm) > [6.3.2004]

Lærum, Even (2002). Retningslinjer for akutte korsryggmerter. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, årg. 122: 8, s. 832.

Fossum, Sonja (2002). Intetsigende retningslinjer om akutte korsryggmerter. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, årg. 122: 16, s. 1593.

Lærum, Even, Werner, Erik L. og Skouen, Jan Sture (2002). E. Lærum og medarbeidere svarer. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, årg. 122: 16, s. 1593.

Buggeland, Sven A. (2003). *Usikkerhet gir mer vondt i ryggen*. *Verdens Gang*, 23.10.2003.

Lie, Håkon (2003). Til kamp mot tro om rygger. *Dagens Medisin*, nr. 17, 2003. < [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no) > [26.1.2004]

Ursin, Holger (2003). Kunnskap, tro og retningslinjer. Kronikk i: *Dagens Medisin*, nr. 19, 2003. < [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no) > [26.1.2004]

Lie, Håkon (2004). Overbehandling av ryggpasienter. *Medisin*, nr. 2, 2004 < [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no) > [26.1.2004]



## 7.5. VEDLEGG C

**Tabell 4. Komplette oversikt over leserinnlegg i Aftenposten i debatten om forskning på alternativ medisin i 1997.**

Dato	Navn og tittel	Tittel på innlegg	Kritikk, forsvar, både og
23.4.96	Tor Waaler	Nye medisiner: Jagland må gjøre sin hjemmelekkse (forskning)	Kritikk av Jagland, forsvar av egen stand
5.1.97	Tor Waaler	Kronikk: Jagland og homøopatiens plass i Helse-Norge (forskning)	Kritikk av Jagland og alt. beh
11.1.97	Per Egil Hegge	Kommentar: Et diskusjonsklima som mangler oksygen	Kritikk av legers autoritære retorikk
14.1.97	Siri Aabel	Homøopati: Overrasket og skuffet over Waaler (forskning)	Utfordring til samarbeid, Waaler
27.1.97	Tor Waaler	Alternativ medisin: Homøopatisk forskning (forskning)	Kritikk av kl. homø., positiv Aabel
24.3.97	Tor Waaler	Intervju skrevet av Aslaug Bisseberg: Naturmedisin må dokumenteres	Kritikk av naturmed, positiv til forskn.
4.4.97	Christine Barstad	Naturmedisin: Kan ikke dokumenteres (religion ikke forskning)	Kritikk av Waaler, forsvar av nat. Med
5.4.97	Tor Waaler	Solhattdråpene: Hva er bevisene? (forskning)	Kritikk av Barst og nat. med
20.4.97	Knud Try	Naturmedisin: Kravet til seriøsitet (forskning)	Kritikk av manglende vit. i nat med
11.6.97	Christian A. Drevon	I dag: Alternativ medisin: Kjære Thorbjørn Jagland: Viktig at du støtter kravet om dokumentasjon (forskning)	Kritikk av Jagland, forsvar av vit.
20.6.97	Rita Ottervik	Alternativ medisin: Satsing på forskning og samarbeid (forskning)	Forsvar av forskning innen alt med, svar til Drevon
22.6.97	Kerstin Bugge	Kort sagt: Alternativ medisin 2 (engstelig for medisiner)	Svar til Drevon, vis ydmykhet
22.6.97	Jan Sagen	Kort sagt: Alternativ medisin 1 (forskning)	Forsvar av alt. med, svar til Drevon
22.7.97	Kjell Hole	Alternativ medisin: Statsministerens satsing (forskning basert på nat. vit)	Kritikk av regj. forskn på homøopati
25.7.97	Kristian B. Eriksen	Statsministerens satsing: Viktig å la mangfoldet blomstre (forskning)	Samarbeid og toleranse, svar til Hole
28.7.97	Øistein Parmann	Kort sagt: Professoren som Askeladd	Kritikk av Holes uvitenhet
29.7.97	Vebjørn Skjelfjord	Alternativ medisin: Professorens misnøye (forskning)	Kritikk av Holes fastlåste ståsted
31.7.97	Paul Rieber	Kort sagt: Alternativ behandling (forskning)	Kritikk av Hole, forskning
1.8.97	Karen Riekeles Frivik	Kort sagt: Overtro smittsomt	Kritikk av Hole, forsvar av homøopati
7.8.97	Gaute T. Einevoll	Alternativ medisin: Homøopati uforenlig med fysikk	Kritikk av homøopati
9.8.97	Knut Johannesen	Alternativ medisin: Holes og legenes medisin	Holes arroganse, samarbeid, åpenhet
10.8.97	Ellinor Kvamme	Homøopati: Hvem tar ansvar for hva? (forskning, blant annet NMR)	Holes skråsikkerhet, forskning
11.8.97	Arne Øgaard	Alternativ medisin: En nyttig utfordring	Svar til Hole, alt. med. Utvidet mnsk forståel.
14.8.97	Kjell Hole	Statsministerens satsing: Forskning på alternativ medisin	Kritikk av regjeringens forskning, men: gode kolleger driver slik forskn

15.8.97	Arne Danielsen	Homøopati: Korstog mot alternativ medisin (religion)	Kritikk av Einevoll, vitnesbyrd for homøo.
21.8.97	Gabriel Ånestad	Kort sagt: Alternativ medisin	Kritisk spm til Aarbakke utv. mandat
23.8.97	Oddveig Birkeflet	Alternativ medisin: Uegnet forskning (forskning umulig, men viser til Lancet)	Kritikk av Hole, homøopati virker,
23.8.97	Karsten Eig	Tro og vitenskap (forske på homøopati fordi folk opplever at det hjelper)	Ja til forskning på homø., kritikk av Hole
25.8.97	Tyge Greibrokk	Kort sagt: Meningsløs homøopati	Homøopati er pseudovitenskap, svar til Kvamme
25.8.97	Eric Mørenskog	Kort sagt: Hvor er den vitenskapelige holdningen? (forskning)	Kritikk av Hole, åpenhet
29.8.97	Toralf B. Metveit	Kort sagt: Alternativ medisin virker også på dyr (god erfaring)	Åpenhet, kritikk av Holes og Einevoll
1.9.97	Gaute T. Einevoll	Homøopati og fysikk: Helsegunstig effekt ikke påvist	Forkaster homøopati men ikke bruk, svar til innlegg 15.8
8.10.97	Tor Waaler	Kronikk: Alternativ medisin: Den alternative medisin i Norge 1997	Kritikk av alternativ beh. og Jaglands helbr
15.10.97	Marianne Brodtkorb	Kort sagt: Skolemedisin og alternativ medisin	Lære å lytte til pasienten, medmenneskelighet
15.10.97	Arve Haugan	Waalers/homøopati: Nytenkning kan være vanskelig (forskning)	Kritikk av Waaler, skråsikker, forskning
19.10.97	Siri Aabel	Homøopati: Tor Waaler og halve sannheter	Forskning, viser bl.a. til Lancet
21.10.97	Stig Lundberg	Kort sagt: Forsk på realiteter	Kritikk av Waaler, åpenhet
25.10.97	Tor Waaler	Haugan og nytenkning	Homøopati hviler ikke på et vit. grunnlag
26.10.76	Leiv Klungøy	Aabel/Lancet-artikkel: Narremedisin og homøopati	Kritikk av Aabel: bruke penger på meningsfylt forskn.
26.10.97	Jan Sagen	Kort sagt: Hvordan en "bløff" kan gi spalte metre	Hvorfor interesse for alt. beh. hvis uvirksom
27.10.97	Bente Helene Schei	Alternativ helse: Det er mye som ikke kan bevises	Forsvar, avlaster helsevesenet, folk opptatt av egen helse
28.10.97	May Britt Røyn	Journalist: Få kritiske røster om alternativ behandling	Pasienthistorier, Rognlien, Aarseth
3.11.97	Yngve Bersvendsen	Waalers kronikk: Alternativ og konvensjonell medisin	Alt. med er helhetlig, skolemed. prod. kronisk syke mnsk
7.11.97	Arve Haugan	Homøopati/forskning: Riktigheten av nullhypotesen (forskning)	Samarbeid om forskning, tverrfaglighet
8.11.97	Thore K. Aalberg	Høring: Alternativ medisin og legestanden	Forskning, kvalitative metoder, til Aarseth
17.11.97	Per Fevang	Alternativ behandling: Om å vite at det man gjør er riktig	Bruk av alt. beh. pga strukturproblem
22.11.97	George Vithoukas	Kort sagt: Overflatisk	Kritikk av Waaler, vitnesbyrd, samarbeid
6.12.97	Arne J. Pedersen	Kort sagt: Hvilken medisin?	Råd: søke det etablerte helsevesen før alt. beh
23.12.97	Tor Waaler	Skolemedisin/homøopati: Vithoukas og seriøs forskning	Kritikk av homøopati

Presentasjon av deltakere i debatten etter den rekkefølge de starter å delta i debatten. De som er sitert i hovedoppgaven er uthevet. Antall innlegg i debatten står til slutt:

**Professor Tor Waaler, Farmasøytisk institutt, UiO, skifter til professor emeritus den 5.4**

**Lege og homøopat Siri Aabel, NFR-stipendiat i alternativ medisin, 8**  
**Aromaterapistudent Christine Barstad, Hokksund, 1**  
 Advokat Knud Try, Oslo, 1  
**Professor ved institutt for ernæringsforskning Christian A. Drevon, UiO, 1**  
**Politisk rådgiver ved Statsministerens kontor, Rita Ottervik, 1**  
 Diplom soneterapeut og lektor, Jan Sagen, Oslo, 2  
**Professor dr. med. Kjell Hole, Fysiologisk institutt, Universitetet i Bergen, 1**  
 Kristian B. Eriksen, Oslo, 1  
 Øistein Parmann, Nesodden, (som blant annet er forfatter av en Grense-bok om den hemmelighetsfulle og klarsynte Marcello Haugen), 1  
 Dr. philos Vebjørn Skjelfjord, Kapp (han er blant annet lærebokforfatter, språkutdannelse), 1  
 Cranio/sacralterapeut Paul Rieber, Oslo, 1  
**Dr. ing, professor i fysikk, Gaute T. Einevoll, Norges Landbrukshøgskole, 2**  
 Knut Johannesen, Ås, 1  
**Homøopat Ellinor Kvamme MNHL, Bærum, 1**  
 Ernæringsfysiolog Arne Øgaard, Moss 1  
 Arne Danielsen, 1  
 Gabriel Ånestad, Oslo, 1  
**Akupunktør NFKA, Oddveig Birkeflet, Balder-Klinikken, Oslo, 1**  
 Karsten Eig, Oslo, 1  
**Professor i kjemi, Tyge Greibrokk, UiO, 1**  
 Veterinær Toralf B. Metveit, Kongsvinger, 1  
**Bente Helen Schei, Faun Forlag (som gir ut Helsekatalogen), 1**  
**Marianne Brodtkorb, Oslo, 1**  
**Leder for Norske Homøopaters Landsforbund, Arve Haugan, 2**  
 Førsteamanuensis Stig Lundberg, Høgskolen i Buskerud (samfunnsviter, næringslivsforskning), 1  
**Professor dr. philos, Leiv Klungsøyr, Bærum, 1**  
**Studierektor ved Norsk Akademi innen Naturmedisin, Jens Lunden (som også er utdannet lege og var med på å forfatte program for forskning innen alternativ behandling), 1**  
 Førstekonsulent ved NSD, Yngve Bersvendsen, 1  
**Leder i Norsk Homøopatisk Pasientforening, Thore K. Aalberg, 1**  
**Skolemedisiner og allmennpraktiker, Per Fevang**  
**Homøopat og ingeniør George Vithoukas (stor guru på internasjonalt nivå, blant annet forfatter av lærebøker som blir brukt av NAN), 1**  
 Arne J. Pedersen, Oslo, 1

**Tabell 5. Antall deltakere i debatten inndelt i kategorier**

Legevitenskapen	Naturvitenskapen	Talsmenn for alt. org.	Forsker NFR, dep	Alternative behandlere	Lekfolk, leger, annet
3	3	6	2	4	14

