
Medisinske fremskritt – myter og realiteter

TEMA

ODDMUND SØVIK

Email: odso@haukeland.no

Barneklubben

Haukeland Sykehus

5021 Bergen

Fremskritt er et verdibegrep som skiller seg fra deskriptive begreper som endring og vekst. Fremskritt er også forskjellig fra begrepet utvikling, som har å gjøre med differensiering og integrering.

Forestillingen om at landevinninger i vitenskap og teknologi automatisk fører til økt menneskelig lykke, har vært kalt "den moderne myten om fremskrittet". I denne artikkelen problematiseres fremskrittstanken i medisinen, dette at man forestiller seg en kontinuerlig forbedringsprosess. Hva er fremskritt i betydningen godt og ønskelig, og hva er bare utvikling og endring? Medisinske fremskritt kan gjelde kunnskap, teknologi eller menneskelige holdninger, som kan analyseres separat. Begrepet fremskritt kan åpenbart ikke løsrives fra spørsmålene om hvor, når og for hvem. Hva er tidsperspektivet? Er referanserammen lokal eller global? Hva er målestokken for fremskritt?

Spørsmålet om medisinske fremskritt er nær knyttet til hva som kan sies å være medisinen fremtidige mål og oppgaver. Er oppgaven den tradisjonelle – å helbrede, lindre og trøste? Eller er medisinen en serviceinstitusjon, som i vid forstand skal bidra til menneskelig selvrealisering og det gode liv?

Fremskrittstanken ligger dypt forankret i medisinsk forskning og praksis. Man forestiller seg en lineær og vedvarende utvikling, slik at forholdene stadig blir bedre enn de har vært. For mange er medisinske fremskritt noe selvsagt som ikke kan diskuteres eller stilles spørsmål ved. La oss likevel se litt på fremskrittstanken. Vi kan stille spørsmål om hva som er fremskritt i betydningen godt og ønskelig, og hva som bare er utvikling og endring.

I denne artikkelen vil jeg først belyse begrepet fremskritt i generell kulturell forstand, med utgangspunkt i en fremstilling av den finske filosofen Georg Henrik von Wright (1). Deretter drøftes utvalgte medisinske problemstillinger

ut fra fremskrittstanken. Siden fremskritt er noe målrettet, faller det naturlig å ta et sideblikk til medisinsens rolle og oppgaver.

Fremskritt som historisk og kulturelt begrep

I den antikke filosofi finnes ideen om at alle ting gjentar seg. Tiden er en evig kretsgang. Det gamle greske historiesynet, som hadde en syklisk karakter med gjentatte forfall og gjenfødsler, var overveiende pessimistisk. Den jødiske myten regnet med gradvis tilbakegang og forfall i den jordiske tilværelse, hvor de rettferdige ville komme til et paradys som ikke var av denne verden. Kristendommen representerte ikke noe brudd med dette jødiske syn, og ventingen på verdens undergang var en nesten konstant tilstand i middelalderen. Både kristne og jøder så på historien som noe lineært, heller enn sirkulært. Historien har både en begynnelse (skapelsen) og en ende (dommen). Den har et transcendentalt og absolutt mål. En velkjent representant for dette syn var kirkefaderen Augustin (354 – 430 e.Kr.). Augustins historiefilosofi, med tanken om historien som en fremadrettet prosess med mål og mening, som Einar Molland (2) sier, er blitt den vesterlandske kulturverdenens felleseie.

Opplysningstiden brakte noe radikalt nytt, med sitt optimistiske syn på tilværelsen. Ifølge opplysningsfilosofien ville utviklingen gå bare én vei, med evige fremskritt som noe naturbundet og nødvendig. Det som von Wright kaller den moderne myten om fremskritt (1), dateres tilbake til denne tiden. Fremskrittet var en ”vennlighetsnødvendighet”, og ondskap og umoral måtte forsvinne. Darwins evolusjonslære på 1800-tallet ble en biologisk underbygning av denne fremskrittstanken, med mennesket som historiens høydepunkt. Biologisk sett var historien en kontinuerlig utvikling av livet på jorden, fra primitive til stadig mer høytstående former.

Forenklet kom fremskrittstanken til å oppvise to hovedretninger. Den ene var ideen om fremskritt gjennom akkumulering av menneskelig kunnskap samt landevinninger for vitenskap og teknikk. Karl Marx (1818 – 83) er her den velkjente eksponent for et materialistisk historiesyn. Den andre retningen forbandt fremskritt med fullkommengjøringen av mennesket og samfunnsordenen. Hegel (1770 – 1831) så på historien som en suksessiv realisering av fornuft og frihet (3). Adam Smith (1723 – 90) så samtidens samfunn som fremskritt i forhold til de tidligere, og hevdet at dette var det utilsiktede resultat av enkeltmenneskers planer og handlinger. Den grunnleggende faktor bak den historiske utvikling var, ifølge Adam Smith, menneskers bestrebelser på å oppfylle sine behov (4).

Fremskritt som verdibegrep

von Wright understreker at fremskritt er et verdibegrep, som skiller seg fra beslektede begreper som endring og vekst. Fremskritt er således forskjellig fra utvikling, som har å gjøre med differensiering og integrering. At en viss tilstand innebærer et fremskritt i forhold til noe annet, kan sånn sett ikke fastslås ved vitenskapelig argumentasjon. Her gjør imidlertid von Wright en viktig

nyansering. Noe kan være bedre egnet enn noe annet for et bestemt formål. Det har en større instrumentell verdi. Og vurdering av instrumentell verdi er faktabasert og ikke en verdibedømmelse. Men å erklære at selve målet eller formålet er godt, er en verdidom. Det eneste kriterium på fremskritt i menneskenes livskår, sier von Wright, er hvorledes de selv vurderer sin situasjon.

I dagligtale brukes begrepene fremskritt, endring og vekst ofte om hverandre, snart normativt, snart deskriptivt. Det blir derfor viktig å vite hva som i en gitt sammenheng menes. Når man for eksempel konstaterer at vitenskapen øker sin kunnskapsmasse, kan det i dette ligge en henvisning til noe som oppfattes som et gode, altså et fremskritt. Men det kan også være en påpeking av det faktum at faglitteraturen øker i masse og omfang. Og det er ikke naturgitt at dette er ønskelig og godt. Det kan oppfattes som uheldig, fordi det blir stadig vanskeligere for forskeren å følge med. Eller det kan sees som et meningsløst forbruk av papir og ressurser. Oppfinnelser og teknologiske innovasjoner kan innebære verdimessige fremskritt, men kan også lide den skjebne aldri å få noen praktisk anvendelse. Er det da fremskritt? Økonomisk vekst er for mange ensbetydende med fremskritt som verdi, mens andre oppfatter det som skadelig, og atter andre bare konstaterer at det har skjedd en økning i bruttonasjonalprodukt.

Det von Wright forstår med den moderne myten om fremskrittet, er at landevinninger i vitenskap og teknologi automatisk fører til samfunnsmessig fremgang i form av økt makt over naturen eller økt lykke. En slik forestilling må, ifølge von Wright, være basert på tro eller ønsketenkning. Fremgang kan til en viss grad måles når det gjelder evne til å beherske naturen, vanskeligere er det å måle lykke. Man kunne eventuelt vurdere situasjonen på basis av ulykkesindikatorer som epidemier, hungersnød, krig og naturkatastrofer, ut fra en tankegang om at mindre ulykke gir mer lykke.

von Wright er blitt stående som eksponent for et pessimistisk syn på fremtiden. Selv argumenterer han for hva han kaller en avmytologisert rasjonalisme: "Å oppgi troen på fremskritt som en historisk nødvendighet er ikke synonymt med å oppgi arbeidet for fremskritt som en oppgave."

Medisinske fremskritt

Forestillingen om medisinske fremskritt er nær knyttet til medisinsk forskning. Når aksjoner til fordel for pasienter med kreft og hjerte- og karsykdommer kan innkassere store pengebeløp, må det vel bunne i en utbredt tro på at forskning gir fremskritt.

Det ligger på en måte implisitt i fremskrittstanken at det skal fortsette. Man ser for seg en utvikling i medisinsk forskning som i overskuelig fremtid avfører dels den jevne fremgang, dels de periodiske store gjennombrudd.

Differensiering og spesialisering er karakteristiske trekk ved moderne medisin. Det skjer en utvikling, og den skjer raskt. Nye sykdomstilstander beskrives, eksisterende diagnostiske metoder erstattes av nye, og behandlingstilbudene

endres. I tråd med det som er sagt i forrige avsnitt, må vi skille mellom utvikling og endring i ren deskriptiv forstand og fremskritt i betydningen et gode. Endringer kan naturligvis være ensbetydende med forbedring så vel som forverring, og de kan være verdinøytrale.

Det er ofte vanskelig å gjøre en verdimelessig vurdering i et kortsiktig perspektiv. Det er lettere å gjøre opp status med pluss og minus når vi har fått hendelsene på avstand og har et bredere erfaringsgrunnlag. Et nytt medikament kan initialt bli vurdert som et terapeutisk fremskritt, for senere å bli trukket tilbake når uheldige bivirkninger er dokumentert. Medisinske sannheter har kortere eller lengre levetid, og i det lange løp vil man kanskje måtte kaste vrak på det meste. Samtidig er det klart at tidsperspektivet kan bli for stort. Det må gis rom for at et medisinsk tiltak er et gode for sin tid, ved at det er det best mulige i den aktuelle situasjon.

Hvor, når og for hvem?

Det er vanskelig å snakke om fremskritt uten å referere til en bestemt kontekst. Hva som er godt og verdifullt medisinsk sett, krever svar på spørsmål om hvor, når og for hvem. En levertransplantasjon er et gode for den som dermed redder livet, men metoden er uinteressant for den som av medisinske eller sosioøkonomiske grunner ikke får tilbudet, og en ulykke for dem som får sine helsemessige tilbud forringet på grunn av omdirigering (reallokering) av ressursene.

Medisinske fremskritt kan beskrives i forhold til tre sentrale elementer i medisinen, nemlig kunnskap, teknologi og menneskelige holdninger. Når den medisinske kunnskapsmasse øker, er det ubetinget et gode? Grunnforskeren vil kanskje svare ja, men er samtidig påpasselig med å påpeke kunnskapens potensielle nytte. Kunnskapsmessige fremskritt kan være lovende i en eller annen praktisk sammenheng. Oppdagelsen av insulinet i 1922 var svært lovende. I ettertid er det lett å konstatere at denne oppdagelsen var et stort medisinsk fremskritt ved at man fikk en livreddende behandling for mennesker med diabetes.

Hva så med de menneskelige holdninger? Er det mulig å snakke om fremskritt på dette området? Eller er legeetikken fundamentalt den samme i dag som for 2 500 år siden? I beskrivelsen av legeetikken kan man se utviklingslinjer til henholdsvis det verre og det bedre. Begge kan tenkes projisert inn i fremtiden. En utviklingslinje kulminerte (foreløpig?) med de medisinske overgrep som skjedde under og like etter den annen verdenskrig, et av de dystreste kapitlene i medisins historie. En annen utviklingslinje har motsatt fortegn, og knytter seg til fremveksten av den nye medisinske etikken, med vekt på autonomi, menneskelig integritet og informert samtykke.

Den nye medisinske etikken

I synet på samarbeidet mellom pasient og lege har det i de senere år skjedd noe av en revolusjon. Dette er særlig synliggjort når det gjelder kroniske sykdommer som leddgikt, diabetes, epilepsi, hjerte- og karsykdom, astma og allergi. Pasienter definerer seg selv som brukere som ønsker hjelp til selvhjelp og ansvar for egen sykdom. Mottoet er ”fra lydighet til selvstendighet”. Etter

denne modellen representerer pasienten og legen hver sin ekspertise. Legen har den medisinske fagkunnskap. Pasienten er den som best kjenner egne problemer. Dette innebærer en ny legerolle som for enkelte leger kan virke truende ved å rukke ved deres autoritet. Men en prosess som gjør den enkelte bedre skikket til å ta vare på egen helse, vil kunne spare ressurser i helsevesenet, og fremfor alt gi økt menneskelig verdighet ved å redusere den passive mottakerrollen. Vi står her utvilsomt overfor et vesentlig medisinsk fremskritt.

Xenotransplantasjon som eksempel

Teknologiske endringer og innovasjoner er det som helst forbindes med medisinske fremskritt. I det følgende vil jeg knytte noen kommentarer til et typisk medisinsk frontlinjeprojekt, nemlig xenotransplantasjon. Xenotransplantasjon betyr transplantasjon av organer, celler eller vev fra dyr til mennesker. Dette er en innovasjon som befinner seg i den moderne medisins grenseland, både medisinsk-teknisk og etisk. Vi har for oss såkalt utprøvende behandling. Man kan reflektere over xenotransplantasjon som medisinsk fremskritt, og hvilke krefter som er pådrivere i prosessen med å utvikle og sette i system en slik behandling. Behandlingsformen er aktualisert ved den eksisterende mangel på organer fra mennesker, det være seg hjerte, nyrer, lunger eller lever. Ventelistesituasjonen og pasientgrupper skaper et press for å finne nye veier i behandlingen, og det samme gjør transplantasjonsskirurgen og den medisinske forskning, som ser på xenotransplantasjon som en spennende utfordring. Til dette kommer sterke kommersielle interesser knyttet til utvikling av nye immunhemmende stoffer.

Man har ved xenotransplantasjon sett en spesielt kraftig avstøtningsreaksjon, hvor blodforsyningen til det transplanterte organ raskt ødelegges. Generelt sett er avstøtningsreaksjonen kraftigere jo større evolusjonsmessig avstand mellom mottaker og giver det er. Dette skulle tilsi bruk av andre primater, for eksempel sjimpanser, men her har det reist seg etiske motforestillinger (5). Optimismen steg etter at det kom meldinger om vellykkede forsøk på medikamentell kontroll av avstøtningsreaksjonen. Men i de senere år er et annet faremoment blitt aktualisert, nemlig at xenotransplantasjon kan overføre patogene virus fra dyr til mennesker, med mulig etablering av hittil ukjente menneskelige sykdommer. Dette smitteproblemet har man tenkt seg løst ved oppaling av dyr under sterile forhold, men også her er det kommet skjær i sjøen. Det er rapportert at grisen kan ha retrovirus i sitt genom, det vil si at smittestoffet er innebygd i arvestoffet (6). Dette kan innebære at slike smittestoffer er vanskelig, for ikke å si umulig å bli kvitt. Et ytterligere usikkerhetsmoment er om virus overført til den enkelte mottaker vil kunne spre seg til befolkningen. Virus kan endre karakter ved overføring fra dyr til menneske, med økt virulens til følge. Muligheten for overføring av smittestoffer ved xenotransplantasjon vil kreve særdeles nøye kontroll av alle mottakere av dyremateriale.

Trengs det en tenkepause?

Generelt sett har man i dag to synsmåter vedrørende xenotransplantasjon. På den ene side står de som ønsker å fortsette med kliniske forsøk ut fra den tankegang at behandlingens potensielle gevinst mer enn oppveier ulempene og

farene. På den annen side har vi dem som ønsker et moratorium og en tenkepause. De sistnevnte stiller spørsmål om folkehelse- og etiske risikoer, som ikke kan kvantifiseres, men som sikkert er større enn null (7), er berettiget ut fra den hjelp som kan gis til enkeltindivider. Bach & Fineberg (8) ved Harvard University etterlyser en offentlig debatt, slik at allmennheten kan ta stilling til spørsmålet.

Når ny medisinsk teknologi med et terapeutisk siktemål utvikles, vil erfaringsmessig følgende skje:

- – Etter etisk klarering og eventuelle andre konsesjoner startes terapeutiske forsøk ved ledende sentre. Dette betegnes ofte som utprøvende behandling.
- – Denne virksomheten ligger et sted mellom ordinær forskning og ren rutine, men vil utad raskt få karakter av et behandlingstilbud.
- – Hvis de første forsøkene er vellykkede, eller lovende, medfører dette publisitet, og karakteren av tilbud forsterkes.
- – Etterspørselen er garantert. Det melder seg raskt ønsker om henvisning og krav om dekning av utgifter innenfor rammen av trygdesystemet, eventuelt ved særlige bevilgninger.
- – Spørsmålet reiser seg om etablering av det aktuelle tilbud i Norge.
- – Virksomheten vil ekspandere inntil komplikasjoner eventuelt blir et problem.

Den offentlige debatt

I en offentlig debatt om xenotransplantasjon vil risikobetraktningene stå sentralt. Disse har jeg nevnt ovenfor. Likeledes ressursbetraktninger, om hva den nye virksomheten vil skje på bekostning av. Dyrevernforkjempere vil gjøre seg gjeldende. Det vil reises spørsmål om menneskets integritet ("blanding av dyr og menneske?"). Noen vil se på xenotransplantasjon som å "tukle med skaperverket".

Man kan kanskje betvile de praktiske konsekvensene av en slik debatt, og at "allmennheten bestemmer" er ikke så enkelt. Likevel er det en bred samfunnsdebatt man trenger om medisinsk-teknologiske spørsmål med vidtrekkende konsekvenser. En slik debatt kan ikke bli en "herredømmefri diskurs" som leder frem til konsensus (9). Men en offentlig debatt kan fremtvinge konsekvensanalyser og lede til en overordnet vurdering. Alternativet til dette er at "markedet bestemmer", og her tenker jeg ikke primært på økonomiske krefter, men konstellasjonen av faglig nysgjerrighet og ærgjerrighet som produktleverandør og på brukersiden alvorlig sykdom med legitime ønsker og krav om hjelp.

Vi står her overfor bare ett av mange moderne medisinske dilemmaer. Lar en teknologisk-faglig utvikling seg stanse eller bremse ut fra etiske og overordnede synspunkter? Hvem styrer "utviklingen"? Hva er reelle medisinske fremskritt, og hva er blindveier?

Fremskrittets pris

Et interessant begrep er "fremskrittets pris". I vår sammenheng vil uttrykket kunne referere til de negative sider ved den medisinske utvikling. Jo større forbruk av medikamenter, desto flere alvorlige tilfeller av bivirkninger. Komplikasjoner og skader følger med som nissen på lasset. I bruken av uttrykket "fremskrittets pris" synes det underforstått at fremskritt må vi ha, og noe må det jo koste. Ulempene er noe man må ta med på kjøpet. En "lykkepille" er en katastrofe for den som får en alvorlig bivirkning. Men inntreer en slik bivirkning svært sjelden, aksepteres det både av myndigheter og publikum. På lengre sikt kommer kanskje pillen i miskreditt på grunn av utbredte avhengighetsproblemer. Da var den til sjuende og sist intet fremskritt.

Det såkalte helseparadokset (10) sier at jo bedre medisinsk behandling, desto flere misfornøyde mennesker. Hvordan kommer den utbredte og tiltakende misnøyen inn i regnskapet? Er dette også "fremskrittets pris"? Et misfornøyd menneske kan kanskje samtidig være i velbefinnende, men ikke lykkelig. En utvikling som gir tiltakende misnøye, kan ikke være et gode. Uttrykket "fremskrittets pris" kan bli en talemåte som dekker over et reelt problem og en valgsituasjon. For hvem vil ikke betale en svært høy pris for et "fremskritt"? Men prisen kan bli så høy at det ikke lenger er berettiget å tale om fremskritt.

Medisinens målsetting og oppgaver

Målet for medisinsk forskning og praksis er helse og fravær av sykdom. Man skulle da kunne vurdere metodenes instrumentelle verdi i forhold til disse mål. På denne måten skulle fremskritt kunne synliggjøres. Problemet er at begrepene helse og fravær av sykdom ikke er entydige. Og når det ikke er enighet om målene, blir det tilsvarende vanskelig å si hva som er fremskritt.

Tradisjonelt har medisinen forholdt seg til fundamentale menneskelige problemer, slik som alvorlig sykdom, kroniske smerter og for tidlig død. De fundamentale behov for hjelp har relasjon til medisinenes klassiske målsetting om å *helbrede, lindre og trøste*. Slike behov er i stor grad kulturelt uavhengige og konstante over tid. Men medisinen konfronteres også med behov av en annen karakter. Det er de rent opplevde og menneskeskapte behov. Disse er samfunnsmessig forankret og knyttet til en bestemt historisk kontekst. De følger den medisinske utvikling hakk i hæl. Et eksempel er når foreldre ønsker veksthormonbehandling for å oppnå større legemshøyde hos friske barn. Kosmetisk kirurgi ved normal aldring av huden er et annet eksempel. Skillet mellom fundamentale og rent opplevde behov er selvsagt ikke skarpt, men ytterpunktene er klare nok, fra det dypt alvorlige til det rent fiktive. Man kan se for seg en utvikling hvor tyngdepunktet forskyves mot nye behov og ønsker som dukker opp. Eller en utvikling hvor alt på en måte blir like viktig. Markedskreftenes inntog i medisin og helsevesen fører seg naturlig inn i denne utvikling, og lover ikke godt hvis man ønsker seg andre mål enn de rent økonomiske. Det er gode grunner til å tro at egoisme og individualisme blir vinnerne, mens de siste rester av solidaritet forsvinner hvis markedet skal bestemme.

Det gode liv

Klassiske variabler i en diskusjon av medisinenes oppgaver er livslengde og livskvalitet. Siden et langt liv ofte ender på en miserabel måte, oppleves ikke det lange liv som et ubetinget gode. Men en klar oppgave for medisinen vil alltid være å hindre at mennesker får sitt liv forkortet på grunn av sykdom. Livskvalitet er blitt et moteord med uklart innhold. Kan det måles? Ja, mener Knut Erik Tranøy (11). Livskvalitet kan måles hvis man tar på alvor pasientens rett til å vurdere kvaliteten på eget liv. Livskvalitet har relasjon til begrepet ”det gode liv”, og i sin diskusjon av dette påpeker Tranøy flere forhold som har relevans i medisinsk sammenheng. Et godt liv, sier Tranøy, synes å være uforenlig med en vedvarende opplevelse av meningsløshet. Skal medisinen ta dette inn over seg, er vi raskt inne i en eutanasidebatt. Selvrealisering er et begrep som ofte knyttes til det gode liv. I hvilken grad er det medisinenes oppgave å hjelpe mennesker til selvrealisering? Fysiske og psykiske handikap er klare medisinske oppgaver. Men hva med medisinenes rolle i forbindelse med risikoatferd og helseskadelig sport?

Porter (12) etterlyser spesifikt medisinenes mål: ”Etter at medisinen har bekjempet mange alvorlige sykdommer og mye menneskelig lidelse, er dens mandat blitt uklart.” Og han spør: ”Er det dens plikt å holde mennesker i live så lenge som mulig, uansett omstendigheter? Er det en serviceindustri som skal realisere de fantasier klientene måtte ha for sine kropper, det være seg kosmetisk kirurgi eller postmenopausale kvinners ønsker om å føde barn?”

Menneskelig selvrealisering bringer inn et alvorlig etisk moment, som påpekt av Tranøy (11): ”En vestlig forståelse av det gode liv som selvrealisering synes å grense til det umoralske i det 20. århundres avslutningsfase.” Og videre: ”Hvor skal det gode liv leves?” Svar: ”Ikke bare i den industrialiserte verden.”

Hva er målestokken for fremskritt?

von Wright (1) har en formulering som sier at ”Den eneste målestokken for fremskritt som verdi er (altså) menneskers velbefinnende i de omstendigheter de lever under”. Det er med andre ord et spørsmål om hva som er godt for menneskene, og hvordan de selv oppfatter sin situasjon. En variant av dette (som jeg ikke tror var i von Wrights tanker) er at fremskritt er hva som er godt for *meg*. Nå har syke mennesker lov til å være egoistiske. Men det er klart at egoisme, enten den fremtrer på individuell basis eller ut fra gruppetenkning, ikke duger som en overordnet rettesnor. I den grad medisinen er blitt global, må den orientere seg i retning av det som i prinsippet er godt for alle mennesker. Medisinen må visstnok leve med paradokser og indre konflikter, men de må ikke bli for store og for mange. Før eller siden må vestlig medisin, liksom andre rikdomsforeteelser, ta inn over seg den avgrunn som eksisterer mellom høyteknologiske tilbud til de få og en miserabel helsemessig situasjon hos de mange.

Den nevnte målestokk for fremskritt er klart antroposentrisk. Det dreier seg her om hva som er godt for mennesket. Mange vil mene at dette er en snever og ufullstendig betraktningssmåte, idet fremskritt for mennesket henger sammen

med hele økosystemets integritet. På et etisk grunnlag kan man også trekke inn velferden for kommende generasjoner. Å gå nærmere inn på disse spørsmål faller utenfor rammen av den foreliggende tekst.

Medisinens to ansikter

I 1997 utkom en bok om medisins historie, med hovedtittelen *The greatest benefit to mankind* (12). Selv om tittelen nok skal fungere som en blikkfanger, er teksten fundamentalt sett en hyllest til moderne vestlig medisin, med understrekning av at vestlig medisin i dag har en helt unik stilling, både ved sin effektivitet og globale utbredelse. Men i et avsluttende og oppsummerende kapittel dveler forfatteren ved den problemfylte og usikre situasjon medisinen er kommet opp i. Nye og alvorlige sykdommer, slik som AIDS og Ebola-feber, dukker opp. Bakterier utvikler generell antibiotikaresistens. Medikamentelle bivirkninger er utbredt, likeledes andre medisinske komplikasjoner. Malaria og andre tropesykdommer er utenfor kontroll. Utforskningen av kroniske sykdommer som kreft, schizofreni, diabetes og Alzheimers sykdom går med sneglefart. Folks misnøye med helsevesenet tiltar. Leger og annet helsepersonell utsettes i økende grad for klager og kritikk.

Det er kanskje ikke så underlig at mange mennesker i denne situasjon, med frustrasjon ved det bestående og uro overfor det fremtidige, søker alternativer til dagens medisin. I USA er det beregnet at ukonvensjonelle behandlere får flere henvendelser enn primærlegene (13). Relativt få avviser moderne medisin på prinsipielt grunnlag, men det store flertall ønsker begge deler. Den paradoksale situasjon har oppstått at samtidig som moderne medisin gjør store fremskritt på vitenskapelig grunnlag, ser man en økende interesse for behandlingsformer som er basert på irrasjonell tankegang, overtro, mystisisme og rent spekulative systemer. Noen vil se dette som en naturlig utvikling i et (verdinøytralt?) postmoderne perspektiv. Andre, slik som redaktøren i *New England Journal of Medicine*, er bekymret over utviklingen: "Det kan ikke være to slags medisin, konvensjonell og alternativ. Der er bare medisin som er adekvat testet og medisin som ikke er det, medisin som virker og medisin som muligens eller slett ikke virker. Når en behandling er grundig testet, er det likegyldig om den var betraktet som alternativ i utgangspunktet. Finnes den å være rimelig trygg og effektiv, blir den akseptert. Men påstander, spekulasjoner og vitnesbyrd duger ikke som bevismateriale" (14).

Ny behandling må i utgangspunktet møtes med skepsis, hvor den enn kommer fra. Dens videre skjebne må så avgjøres i en prosess preget av full intellektuell åpenhet, kritisk analyse og rasjonell og logisk tankegang. I den grad dette skjer, vil vi kunne regne med videre medisinske fremskritt.

LITTERATUR

1. von Wright GH. Myten om fremskrittet. Cappelen's upopulære skrifter. Oslo: Cappelen, 1994.

2. Molland E. Augustin. I: Berg Eriksen T, red. Vestens tenkere. Bd. 1. Oslo: Aschehoug, 1994: 230 – 45.
 3. Haga Å. Georg W.F. Hegel. I: Berg Eriksen T, red. Vestens tenkere. Bd. 2. Oslo: Aschehoug, 1994: 352 – 73.
 4. Krogh T. Adam Smith. I: Berg Eriksen T, red. Vestens tenkere. Bd. 2. Oslo: Aschehoug, 1994: 174 – 88.
 5. . . . as ethics report clears xenografts. Nature 1996; 380: 6.
 6. Last chance to stop and think on risk of xenotransplants. Nature 1998; 391: 320 – 5.
 7. Xenotransplantation trials ”should proceed but need guidelines”. Nature 1996; 382: 197.
 8. Bach F, Fineberg HV. Call for a moratorium on xenotransplants. Nature 1998; 391: 326.
 9. Habermas J. Theorie des kommunikativen Handelns. Bd. 2. Frankfurt: Suhrkamp, 1987.
 10. Brodsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med 1988; 318: 414 – 8.
 11. Tranøy KE. Det åpne sinn. Moral og etikk mot et nytt årtusen. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
 12. Porter R. The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present. London: HarperCollins Publishers, 1997.
 13. Eisenberg D. ”Nonconventional” medicine in the United States – prevalence, costs and patterns of use: results of a national survey. N Engl J Med 1993; 328: 246 – 52.
 14. Angell M, Kassirer JP. Alternative medicine – the risk of untested and unregulated remedies. N Engl J Med 1998; 339: 839 – 41.
-

Publisert: 20. januar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. mars 2026.