



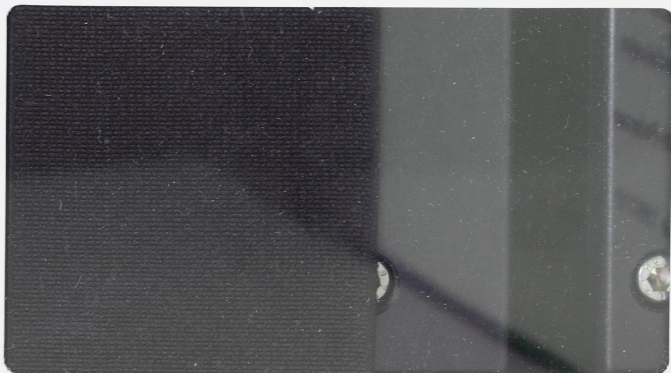
**HØGSKOLEN I HARSTAD**

Skriftserie

**Alternativ medisin og  
skolemedisin -  
en paradigmediskusjon**

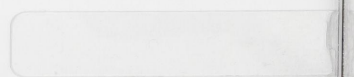
**Hilde Nordahl-Pedersen**

**HiH Skriftserie 1997/10**



Titel/ Alternativ medisin og skolemedisin - en paradigmediskusjon		Number/Number 1997/10
		Sider/Pages 29
Forfatter/Author Hilde Nordahl-Pedersen		
Avdeling/departement Avt. for Helse- og sosialfag	Prosjekt/Project	
Sammenheng/Abstract Based on J. Alexander's (1982) analytical model of ideology, I have kept T. Kuhn's (1962) paradigm as a point of departure in order to analyse similarities and differences between orthodox and alternative medicine in relation to some specific variables. The theoretical analysis reveals that the two different schools differ in their definitions of disease, as well as in their etiology and terminology. A feature common to both schools is their organization according to interests. While the organizations of orthodox medicine are well established within institutions of high credibility and struggle for acceptance, organizations of alternative medicine are relatively new and struggle for acceptance. Both schools of medicine and practitioners of orthodox medicine share the same goal, to cure human disease, but their theories of the effects of various forms of treatment are divergent. As opposed to alternative medicine, orthodox medicine is properly defined and supported by scientific research. A common feature is that practitioners in both schools specialise in certain fields. Conventional doctors qualify for their certificate of practice within the education system. Practitioners of alternative medicine belong to a group who strive for equal status and a position within the established system of health service without having achieved this status.		
Søkeord Alternativ medisin og skolemedisin - en paradigmediskusjon		Key Words
Forfatter Hilde Nordahl-Pedersen		ISSN
HiH Skriftserie 1997/10		0807-087-2699

NON PASTORALE  
CH. 1984



<b>Tittel</b>		<b>Nummer/Number</b>
Alternativ medisin og skolemedisin - en paradigmediskusjon		1997/10
		<b>Sider/Pages</b>
		29
<b>Forfatter/Author</b>		
Hilde Nordahl-Pedersen		
<b>Avdeling/departement</b>	<b>Prosjekt/Project</b>	
Avd. for Helse- og sosialfag		
<b>Sammendrag/Abstract</b>		
<p>Based on J. Alexander's (1982) analytical model of sociology, I have kept T. Kuhn's (1962) paradigm as a point of departure in order to analyse similarities and differences between orthodox and alternative medicine in relation to some significant variables. The theoretical analysis reveals that the two different schools differ in their definitions of disease, as well as idiom and terminology. A feature common to both schools is their organisation according to interests. While the organisations of orthodox medicine are well established within institutions of high credibility, the organisations of alternative medicine are relatively new and struggle for acceptance. Traditional medicine and practitioners of unorthodox medicine share their aims in wishing to cure human disease, but their theories of the effects of various forms of treatment are divergent. As opposed to alternative medicine, orthodox medicine is properly defined and supported by scientific research. A common feature is that practitioners in both schools specialise in certain fields. Conventional doctors qualify for their certificate and practice within the education system. Practitioners of alternative medicine belong to a group who strive for equal status and a position within the established system of health service without having achieved this status.</p>		
<b>Stikkord</b>	Paradigme Alternativ medisin Skolemedisin	<b>Key Words</b>
<b>ISBN</b>	82 - 453 - 0068 -3	<b>ISSN</b> 0807 - 087 -2698

Title	Alternative medicine of Kaimashain - an ethnobotanical study		
Reference Number	199710		
Author	Hilde Nordstrem		
Assignment	Project report	Ad. for Helse- og Rehabilitering	
Summary/Abstract	<p>Based on A. Alexander's (1962) analytical model of control, we have kept T. Kain's (1962) paradigm as a point of departure in order to study as variables and different between orthodox and alternative medicine in relation to some significant variables. The theoretical analysis reveals that the two different schools differ in their definitions of disease, as well as in their and terminology. A feature common to both schools is their organization according to institutions of high credibility. The organizations of alternative medicine are relatively new and struggle for acceptance. Traditional medicine and practitioners of orthodox medicine share their aims in wishing to cure human disease, but their theories of the effect of various forms of treatment are divergent. As opposed to alternative medicine, orthodox medicine is properly defined and supported by scientific research. A common feature is that practitioners in both schools specialize in certain fields. Conventional doctors qualify for their education and practice within the education system. Practitioners of alternative medicine belong to a group who strive for equal status and a position within the established system of health service without having achieved this status.</p>		
Subject	Ethnobotany Alternative medicine	Key words	ISBN
82-403-0088-5	1997	0807-067-2888	

## Forord

Jeg vil rette en takk til 1.amanuensis Willy Guneriussen, ved Institutt for Samfunnsvitenskap, UiTø, for gjennomlesing og konstruktiv kritikk.

Hilde Nordahl-Pedersen  
Harstad, 12.12.96.

I denne artikkelen vil jeg forsøke å beskrive hva som kjennetegner det skolemedisinske paradigmet og det alternativt medisinske paradigmet. Jeg vil på denne måten belyst likheter og forskjeller mellom disse ulike retningene og peke på hvor debatten går. I tillegg vil jeg ta utgangspunkt i Kuhn's (1975) sin definisjon av paradigmebegrepet og bruke ham, paradigmebegrepet på debatten mellom skolemedisin og alternativt medisin. I tillegg vil jeg strukturere drøftingen mellom det skolemedisinske og det alternativt medisinske paradigmet rundt noen sentrale punkter, nemlig: i) forholdet til behandlingstypene, ii) distinksjonen mellom "enkle" og "komplekse" sykdommer, iii) distinksjonen mellom dokumentasjon av behandlingsutførelse. Jeg avslutter artikkelen med å forsøke å peke på noen fremtidige utfordringer.

### Hva er et paradigme?

Selve paradigmebegrepet er svært omfattende og mangetydig, slik at det kan være noe vanskelig å behandle. Men, jeg vil i denne artikkelen være delat av paradigmebegrepet som jeg synes er vesentlig og egne verktøy for å løse et eller flere problemstillinger. Det var vitenskapsfilosofen Thomas S. Kuhn som introduserte paradigme. Han gav i 1962 ut boken "The structure of scientific revolutions", som er blitt en klassiker. Hva er så et paradigme? Et paradigme er en sett av konvensjoner for vitenskapelig erkjennelse, og kan beskrives som den skillete av konvensjoner av vitenskapelig utøver. Et paradigme innebærer bestemte tankestrukturer og visse egenskaper i forhold til vedtatte forskningsmetoder, teorier og regler om grunnleggende forutsetninger for hvordan man skal drive vitenskap og hva som er vitenskapelig. Et paradigme omfatter et avgrenset vitenskapelig område og deler av hele gruppen av vitenskapsfolk som forsker innenfor dette området. Vitenskapelig praksis konsolideres inn i normene og reglene for hvilke fremgangsmåter og metoder som skal brukes ved vitenskapelig forskning, hva som er vitenskapelige spørsmål og diskusjoner, samt hvilke resultater som er vitenskapelige eller ikke vitenskapelige i forhold til bestemte kriterier innenfor paradigmet. Denne grunnleggende vitenskapelige praksis er ikke spørsmål ved. Historien har mange eksempler på at vitenskapen har gjennomgått slike spørsmålsveksler ved disse grunnleggende reglene har blitt etablert for å løse gode spørsmål. De har ikke fått de konklusjonene de har ønsket og har blitt utfordret i de vitenskapelige miljøene.

Den forskning som foregår innenfor et paradigme kalles Kuhn's normalvitenskap. Vitenskapsfolk som jobber innenfor et paradigme vil oppføre seg og utvikle paradigmet som mindre vitenskapelig eller uvitenskapelig. Kuhn har det et edvert paradigme er sin egen

<sup>1</sup> Jeffrey Alexander er samfunnsvitenskapelig teoretiker som er knyttet til postmodernisme og kritisk teori som utgangspunkt. Figur 1. "Hovedtrekkene i et 1990-års paradigme: utviklingen i et postmodernt paradigme, propellert av en ny teori om et bymessig uttrykk" (1991: 30). I sin Alexander kan diskuteres mellom ulike paradigmer (for) ved å ta utgangspunkt i ulike verk. I den Kuhn's forfatter, så er det vanskelig å sammenligne ulike paradigmer, men jeg vil i min artikkel å utnytte Alexander's forfatter av samfunnsvitenskapelig teoretiker på dette punkt. Ellers vil jeg ta utgangspunkt i Kuhn's paradigmebegrep.

Fond

Jeg vil gerne takke til f.eks. for samarbejdet med Ulla og for gennemførelse af konventionen.

Hilse Nordahl-Pedersen  
Hørsholm, 12.12.90



## ALTERNATIV MEDISIN OG SKOLEMEDISIN - EN PARADIGMEDISKUSJON

I denne artikkelen vil jeg forsøke å beskrive hva som kjennetegner det skolemedisinske paradigmet og det alternativ medisinske paradigmet. Jeg vil på denne måten belyse likheter og forskjeller mellom disse ulike retningene og peke på hvor debatten går.

For å få svar på problemstillingen, vil jeg ta utgangspunkt i Kuhn, T. (1973) sin definisjon av hva som kjennetegner et paradigme og bruke hans paradigmebegrep på debatten mellom skolemedisin og alternativ medisin. Inspirert av Jeffrey Alexanders analytiske modell<sup>1</sup>, (figur 1, vedlegg 1), vil jeg strukturere drøftingen mellom det skolemedisinske og det alternativ medisinske paradigmet rundt noen sentrale punkter, henholdsvis *likheter og forskjeller i forhold til behandlingsprinsipper, diskusjonen om menneskets "energikropp", diskusjonen om anomalier innenfor medisinsk forskning, samt diskusjonen om vitenskapelige kriterier ved dokumentasjon av behandlingseffekt*. Jeg avslutter artikkelen med å forsøke å peke på noen fremtidige utfordringer.

Hva er et paradigme?

Selve paradigmebegrepet er svært omfattende og mangetydig, slik at det kan være noe vanskelig å behandle. Men, jeg vektlegger i denne artikkelen visse deler av paradigmebegrepet som jeg synes er vesentlig og egnet verktøy for å få svar på min problemstilling. Det var vitenskapsfilosofen Thomas S. Kuhn som innførte begrepet paradigme. Han gav i 1962 ut boken "The structure of scientific revolutions", som er blitt en klassiker. Hva er så et paradigme? Et paradigme er en større sammenheng for vitenskapelig erkjennelse, og kan beskrives som den aktivitet en bestemt gruppe av vitenskapsfolk utøver. Et paradigme innebærer bestemte tankemønstre og virkelighetsoppfatninger i forhold til vedtatte forståelsesrammer, normer og regler om grunnleggende forutsetninger for hvordan man skal drive vitenskap og hva som er vitenskapelig. Et paradigme omfatter et avgrenset vitenskapelig område og deles av hele gruppen av vitenskapsfolk som forsker innenfor dette området. Vitenskapsfolkene sosialiseres inn i normene og reglene for hvilke fremgangsmåter og metoder som skal brukes ved vitenskapelig forskning, hva som er vitenskapelige spørsmål og diskusjoner, samt hvilke resultater som er vitenskapelige eller ikke vitenskapelige i forhold til bestemte målekriterier innenfor paradigmet. Denne grunnleggende viten tas for gitt og stilles ikke spørsmål ved. Historien har mange eksempler på at vitenskapsfolk som har stilt spørsmålstegn ved disse grunnleggende reglene har blitt ekskludert fra det gode selskap. De har ikke fått de posisjonene de har ønsket og har blitt latterliggjort i det vitenskapelige miljø.

Den forskning som foregår innenfor et paradigme kaller Kuhn for normalvitenskap. Vitenskapsfolk som jobber innenfor et paradigme vil oppfatte andre og avvikende paradigmer som mindre vitenskapelig eller uvitenskapelig. Kuhn hevder at ethvert paradigme er sin egen

<sup>1</sup>Jeffrey Alexander ser samfunnsvitenskapelig tenkning som et kontinuum med metafysisk miljø og empirisk miljø som ytterpunkter, figur 1. Hovedtesen er at "All scientific development is a two-tiered process, propelled as much by theoretical as by empirical argument" (1982:30). Ut fra Alexander kan diskusjoner mellom ulike paradigmer foregå ved å ta utgangspunkt i ulike nivå. Ut fra Kuhn sin forståelse, så er det vanskelig å sammenligne ulike paradigmer, men jeg velger i min artikkel å vektlegge Alexanders forståelse av samfunnsvitenskapelig tenkning på dette punkt. Ellers vil jeg ta utgangspunkt i Kuhns paradigmebegrep.

# ALTERNATIV MEDISIN OG ERKJEMPELSE - EN PARADIGMADISKUSJON

I denne artikkelen vil jeg forsøke å beskrive hva som kjennetegner det moderne medisinske paradigmet og det alternative medisinske paradigmet. Jeg vil på denne måten beskrive likheter og forskjeller mellom disse ulike retningene og på den måten vise.

For å få svar på problemstillingen, vil jeg ta utgangspunkt i Kuhn's (1970) sin teori om hva som kjennetegner et paradigme og bruke dette paradigmebegrepet på moderne og alternativ medisin. Innsett av Jeffrey Alexander's analyse (1984) (figur 1) vil jeg anvende drifkraften mellom det akademiske og det alternative medisinske paradigmet rundt noen sentrale punkter, hovedsakelig likheter og forskjeller i forhold til behandlingsmåter, diagnostikk, utøvelse av profesjoner, økonomi, kunnskap, utdanning, forskning, samt diskusjonen om vitenskapelig praksis og observasjon av behandlingsprosjekt. Jeg avslutter artikkelen med å forsøke å påpeke de noen fremtidige utfordringer.

## Hva er et paradigme?

Ette paradigmebegrepet er svært omfattende og kompleks, slik at det kan være noe vanskelig å behandle. Derfor vil jeg velge å behandle det som et paradigmebegrepet som jeg synes er vesentlig og egnet verktøy for å få svar på min problemstilling. Det var vitenskapsfilosofen Thomas Kuhn som innførte begrepet paradigme. Han gav i 1962 ut boken "The structure of scientific revolutions", som er blitt en klassiker. Han er så vel paradigme. Et paradigme er en sett av antagelser for vitenskapelig praksis, og kan beskrives som den skillete av en gruppe av vitenskapelige utøvere. Et paradigme inneholder bestemte tekster, og virkelighetsoppfatninger i forhold til verdensforståelse, normer og regler om grunnleggende forutsetninger, hvordan man skal drive vitenskap og hva som er vitenskapelig. Et paradigme omfatter et spesifisert vitenskapelig område og deler av hele gruppen av vitenskapelige som forsterker inn i dette området. Vitenskapelige forskere kan i normale og reglene for hvilke forsegninger og metoder som skal brukes ved vitenskapelig forskning, hvor som er vitenskapelige spørsmål og diskusjoner, samt hvilke resultater som er vitenskapelige eller ikke vitenskapelige i forhold til bestemte målestrender innenfor paradigmet. Denne grunnleggende visen til det som er ikke spørsmål ved. Historien har mange eksempler på at vitenskapelig som har utviklet spørsmålstegn ved disse grunnleggende reglene har blitt etablert fra det gode resultat. De har ikke fått de prosessene de har ønsket og har blitt innført i det vitenskapelige miljøet.

Den forskning som foregår innenfor et paradigme kalles Kuhn for normalvitenskap. Vitenskapelig som jobber innenfor et paradigme vil oppfatte andre og eventuelle paradigmer som mindre vitenskapelig eller uvitenskapelig. Kuhn hevder at ethvert paradigme er utvunnet

Jeffrey Alexander er sosiologiprofessor ved Harvard-universitetet og har utgitt flere bøker om religion og kultur. Han er også redaktør for "The American Sociological Review". (1984) "The American Sociological Review" 49(1): 1-15. Han er også redaktør for "The American Sociological Review". (1984) "The American Sociological Review" 49(1): 1-15. Han er også redaktør for "The American Sociological Review". (1984) "The American Sociological Review" 49(1): 1-15.

målestokk, dvs. må måles etter sine egne målekriterier, slik at ulike paradigmer ikke kan sammenlignes etter felles målekriterier. Det kan innenfor et paradigme oppstå uforklarlige hendelser eller forekomme funn som ikke kan forklares innenfor eksisterende grunnleggende antagelser eller forståelsesrammene til den etablerte vitenskap. Dette kaller Kuhn for anomalier, og skal løses ved å forsøke å finne forklaringer innenfor det eksisterende paradigmet. Vitenskapsfolkene er innforstått med at anomalier oppstår fordi det alltid vil finnes uoppdagede teorier innenfor ethvert paradigme. Men, dersom det innenfor et paradigme dukker opp svært mange og uløste problemer som ikke finner sin løsning, så kan dette på sikt føre til at det skjer en vitenskapelig revolusjon. Dette innebærer at tidligere grunnleggende regler og teoretiske forståelsesmodeller forkastes, slik at nye regler og teorier for hva som er vitenskapelig overtar, og et nytt paradigme vokser frem. En vitenskapelig revolusjon skjer ved hard kamp, og det nye paradigmet vil ikke ha sin endelige seier før tilhengerne av det tidligere paradigmet har dødd ut. For at det nye paradigmet skal kunne vinne frem, må tilhengerne av det nye paradigmet komme i de rette maktposisjoner i hierarkiet. Kuhn skiller mellom førparadigmatisk vitenskap og moden vitenskap. Den førparadigmatiske vitenskapen er kjennetegnet ved at det finnes flere konkurrerende skoler, og at vitenskapen innenfor et paradigme enda ikke har vunnet nok gehør til at en gruppe vitenskapsfolk ønsker å slutte seg til den. Som eksempel kan nevnes den ungarske legen Ignaz Semmelweis (1819 - 1867) som oppdaget årsaken til barselseber samt metoden til å utrydde den fullstendig<sup>2</sup>. Et annet eksempel er forskningen på elektrisitet i begynnelsen av 1800-tallet. Oppslutning om vitenskapen innenfor et paradigme vil være avhengig av om vitenskapen gjør fremskritt, og om den viser seg å gi gode resultater gang på gang. Vi kan snakke om en moden vitenskap når den oppfattes som så legitim at en gruppe forskere slutter seg til den og begynner å forske videre innenfor det samme vitenskapelige området. Kuhn har imidlertid ingen oppskrift på hvordan man etablerer en vitenskap. Kuhn hevder at når det skjer en overgang fra et paradigme til et annet, så er det ikke snakk om en utvidelse av det gamle paradigmet, men man rekonstruerer faget utfra et nytt grunnlag. Denne rekonstruksjonen vil endre noen av fagets mest elementære teoretiske generaliseringer såvel som mange av dets paradigmatisk metoder og anvendelser. Videre sier Kuhn at når overgangen er avsluttet, så vil profesjonen eller vitenskapsfolkene ha endret sitt syn på faget, dets metoder og dets mål (Lunde, I. (1987) etter Kuhn, T. (1973)).

### Hva kjennetegner det skolemedisinske paradigmet?

Det er det skolemedisinske paradigmet som råder innenfor dagens offentlige helsevesen. Det har sin rot i det 19. århundre, og har tjent medisinen godt i omkring 100 år (Lunde, I. (1987)). Når jeg beskriver det skolemedisinske paradigmet vil jeg primært ta utgangspunkt i leger, som jeg i det følgende også vil benevne skolemedisinere, og deres tenkning innen paradigmet.

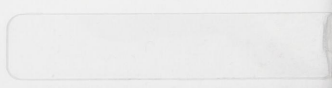
<sup>2</sup>Barselseber ble på Semmelweis' tid betraktet som utelukkende en kvinnesykdom som ikke var smittsom. Forklaringene den gang gikk på at den høye dødeligheten var forårsaket av "de lokale kosmisk-tellurgiske krefter, de hygrometriske forhold, de polare strømninger, utstrålingen vra stjernekonstellasjonene og dessuten av vrede hos sykdommens ånd" (Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995:43)). Semmelweis slo seg ikke til ro med disse forklaringene, og utviklet egne teorier, basert på erfaringsbasert viten, for å komme til bunns i problemet. Han endte opp med forklaringen at medisinerstudenter som dissekerte lik overførte likgift til kvinnene på fødeavdelingen, på grunn av mangelfull hygiene (overfladisk vask av hendene samt infisering av instrumenter m.m.). Semmelweis ble, på grunn av sin dengang revolusjonerende teori, sparket fra sin stilling. Hans teorier ble ikke allment akseptert for mange år senere, selv om erfaringer lenge hadde vist gode resultater, og han fikk igjen sin stilling som lege.

tilstedeværelse, dvs. må udelukkende være egne indstillinger, selv at disse paradigmer ikke kan  
 sammenlignes eller laves tilfældigheder. Det kan imidlertid et paradigme opvise afvigelser  
 handlede eller forskellene som ikke kan forklares inden for det eksisterende paradigme  
 antagelser eller forudsætninger af den eksisterende videnskab. Dette kaldes Kuhn for  
 anomali, og skal løses ved at foretage en ny forskningstypen, men det handler om paradigmer  
 paradigmer. Videnskabsforskere er indstillet mod at anomali opstår fordi det ikke vil  
 findes uopdyrkede teorier imidlertid enkelte paradigmer. Men, hvordan det handler om paradigmer  
 dukker op svært mange og uløste problemer som ikke bliver løst, så kan det være at  
 fare til at der sker en videnskabelig revolution. Dette handler om videnskabelige  
 regler og teoretiske forudsætningsmodeller forsker. Så at nye regler og teorier for dem som er  
 videnskabelige overfor, og et nyt paradigme vokser frem. En videnskabelig revolution sker ved  
 hard kamp, og det nye paradigme vil ikke på sin endelige fase for udryddelse af det tidligere  
 paradigme har død ud. For at det nye paradigme skal kendes som det nye paradigme  
 det nye paradigme kommer i de fleste tilfælde i form af en forudsætningsmodel. Kuhn stiller teorien  
 for paradigmatisk videnskab og model videnskab. Den forudsætningsmodel videnskab er  
 planlagt ved at der findes flere konkurrerende skoler, og at videnskabsmandt er  
 paradigme end ikke har været nok gives så at en gruppe videnskabelige møder i slutningen af  
 den. Som eksempel kan nævnes den engelske fysiker James Newman (1819 - 1887) som  
 opbygget forsker til fordel for sine metoder til at udvide den tilstedeværelse. Et andet  
 eksempel er forskningen på elektret i begyndelsen af 1900-tallet. Oprettelse om  
 videnskabelig imidlertid et paradigme vil være omkring en videnskabelig eller færdig og om  
 den viser sig å gi gode resultater gang på gang. Vi kan derfor også se hvordan videnskab når  
 den opfatter som så let som en gruppe forskere bliver sig til den og begynder å handle  
 videre imidlertid det samme videnskabelige områder. Kuhn har imidlertid ingen opskrift på  
 hvordan man etablerer et videnskab. Kuhn handler om et skifte en overgang til et  
 paradigme til et andet, så er det ikke nok om en uendelig av det gamle paradigme, men man  
 vil omkommer liget til et nyt grundlag. Denne teknologiske vil ender som et færdig  
 og overbeviser. Videre sier Kuhn at når overgangen er sket, så vil paradigmet bli  
 videnskabeligens ha ender sin styr på færdig, det metoder og det isall (Kuhn, 1987) er  
 Kuhn, T. (1973)

Hva kjennetegner det skolevitenskapelige paradigmet?

Det er det skolevitenskapelige paradigmet som råder innenfor dagens offentlige skolevesen. Det  
 har sin rot i det 19. århundre, og har fått medlemmer godt i omkring 100 år (Kuhn, 1987).  
 Mitt jeg beskriver det skolevitenskapelige paradigmet vil jeg primært se utgangspunkt i læring, som  
 jeg i det følgende også vil benytte skolevitenskapen, og dette tenning innen paradigmet.

Skolevitenskapen ble på begynnelsen av 1900-tallet en disiplin som utvilsomt var viktig for skolen. I  
 utgangspunktet ble den bare definert som forskningen om skole, og ble i løpet av 1900-tallet  
 knyttet til videnskabelig metode, utvilsomt og utvilsomt. Skolevitenskapen ble en disiplin  
 som utvilsomt var viktig for skolen, og ble i løpet av 1900-tallet knyttet til videnskabelig  
 metode, utvilsomt og utvilsomt. Skolevitenskapen ble en disiplin som utvilsomt var viktig for  
 skolen, og ble i løpet av 1900-tallet knyttet til videnskabelig metode, utvilsomt og utvilsomt.  
 Skolevitenskapen ble på begynnelsen av 1900-tallet en disiplin som utvilsomt var viktig for  
 skolen, og ble i løpet av 1900-tallet knyttet til videnskabelig metode, utvilsomt og utvilsomt.



Skolemedisinerne er sertifisert for å utøve medisinsk virksomhet gjennom sin utdanning og avlagte eksamener ved offentlig godkjente utdanningsinstitusjoner. Det skolemedisinske paradigmet bygger på en biomedisinsk modell. En modell kan defineres som å være en idealisert framstilling av et fenomen. Dette innebærer at modellen gir en beskrivelse av virkeligheten på en ideell måte som aldri vil forekomme i sin ekstreme form. En modell gir dermed en forenklet beskrivelse av virkeligheten, der visse aspekter trekkes frem som sentrale, mens andre aspekter utelates. Vi kan si at modeller på denne måten kan øve vold på realitetene. Bruk av modeller innebærer dermed begrensninger, slik at det ved forståelse av ulike fenomener vil være viktig å bruke flere modeller, som i sum kan gi et mer helhetlig bilde av det fenomenet som undersøkes. Modeller blir på denne måten ikke enten riktige eller gale, men mer eller mindre hensiktsmessige (Flaa,P. m.fl.(1995)).

Den biomedisinske modell bygger på en reduksjonistisk tankegang. Mennesket ses på som en maskin, som kan forstås ved å dele det opp i sine minste bestanddeler, fra celle til molekylært nivå. Sykdom ses dermed som feil i maskineriet, hvor legens rolle er å korrigere funksjonsfeil enten fysisk eller kjemisk, og i den bestemte mekanisme. Det er forskningen i cellulær og molekylær biologi som danner grunnlaget for denne måten å betrakte sykdom på (Capra,F. (1986)). Ut fra en reduksjonistisk synsvinkel og dermed etter alminnelig språkbruk er sykdommer forstyrrelser i organismens funksjoner. Sykdom vil dermed være et brudd på naturens orden. For å beskrive den biomedisinske modell, så sammenligner Ross,A.(1979) mennesker og automobiler på følgende måte:

*"...Lad os tænke os at mennesker med betydelig indsigt i fysik og mekanik kom i besiddelse af en ting de aldrig før havde set eller hørt om: et automobil. Ved studium af denne tingest ville de være i stand til at opdage at den er sammensat af en række forskellige dele ("organer") der hver for sig er i stand til (under vise betingelser f.eks. påfyldning af benzin, opladning af batteriet, etc.) at fungere på en bestemt måde; og at disse funktioner er afstemt med hinanden i et samspil med det resultat at vognen kører og kan styres med hensyn til fart og retning. Hvis vognen uventet gik i stå, ville de videre være i stand til at finde ud af "hvad der er i vejen": Det kunne f.eks. være at der manglede benzin eller at karburatoren var tilstoppet (indre funktionsbetingelser ikke opfyldt). På denne måde ville disse mennesker, uden på nogen måde at rekurrere til en skabers hensigt, kunne opstille en organisations- og funktionsplan som et ideal for den givne vogn om den skal være istand til at opfylde vognens totale "mål" eller "funktion": at køre. Det er et ideal for det behøver ikke at være opfyldt 100% for at vognen skulle kunne køre. Et §77 eftersyn ville kunne afsløre adskillige "afvigelser" eller "funktionsforstyrrelser", der forringede, men ikke udelukkede vognens funktionsdygtighed. I lighed hermed kan der, tro jeg, opstilles en organisations- og funktionsplan, kort: en normalplan, som et ideal for den menneskelige organisme. Den udtrykker de optimale betingelser for organismens livsduelighed..." (Ross,A. (1979:124)).*

Ut fra Juul Jensen,U. (1986) så sammenfatter Ross her på en presis måte det som betegnes som apparatfeilmodellen av sykdom. Ross,A.(1979) vil med denne sammenligningen si at mennesket fungerer i overensstemmelse med en bestemt funksjonsplan. Det er naturen som har skapt menneskene, og da etter en lang utvikling, som beskrevet av Darwin og en rekke biologer etter han. Menneskene er utrustet på en bestemt måte, og har en bestemt biologisk struktur og funksjon. Når Boorse snakker om "artens normalplan", så tenker han her på denne nedfelte struktur. Gjennom evolusjon over lang tid har mennesket fått en lang rekke

2. Biomedicine er centrert for å være mer enn kun å forstå organismen som et system, og  
 å forstå organismen ved å forstå den enkelte komponenten. I de såkalte  
 paradigmer bygger på en biomedisinsk modell. En modell kan defineres som å være en  
 idealisert framstilling av et fenomen. I dette innledende er modellen en beskrivelse av  
 virkningen på en ideell måte som ikke er forankret i sin eksakte form. En modell gir  
 dermed en forenklet beskrivelse av virkningen, der visse aspekter fremmes frem som særlig  
 mens andre aspekter ignoreres. Vi kan si at modellen på denne måten kan være en  
 renselse. Det er modellen som gir den mest relevante informasjon, slik at det ved forsøk av  
 ulike fenomen vil være viktig å bruke flere modeller, som i sin tur gir et mer helhetlig bilde  
 av det fenomen som undersøkes. Modellen kan på denne måten bli et nytt redskap  
 men mer eller mindre berettiget (Lars, m. A. 1977).

Den biomedisinske modell bygger på en reduksjonistisk tankegang. Fenomenet som er under  
 studie, som kan forstås ved å dele det opp i sine enkelte bestanddeler, de ulike nivåene  
 nivå. Sykdom ses dermed som et resultat av en eller flere årsaker. Den er forankret i en  
 enten fysisk eller kjemisk, og i den bestemte mekanisme. Det er forankret i en  
 molekylær biologi som den grunnlag for denne måten å forstå sykdom på (Carter,  
 1986). Ut fra en reduksjonistisk synsvinkel og dermed over et såkalt reduksjonistisk  
 avdramatiserte forstyrrelser i organismens funksjoner. Sykdom vil dermed være et resultat av  
 en eller flere årsaker. For å beskrive den biomedisinske modell, se sammendraget Ross A. (1977)

...Lad os tenke os at organismen med dets mange deler og funksjoner kan  
 beskrives på en ting de viktigste for å forstå den enkelte del og organismen. I det første  
 av disse tingene vil de være i stand til å oppføre seg som et system på en måte  
 forskjellige dele ("organer") der hver for seg er i stand til å utføre sine funksjoner, slik  
 påføring av bevis, oppløsning av bevis, etc.) at hver del av organismen er en del av  
 at disse funksjoner er tilknyttet med hverandre i et sammenhengende system. I dette  
 først og fremst med hensyn til form og funksjon. Hvis vi kunne se på den enkelte del  
 av systemet i stand til å forstå ut av "hvert del av systemet". Det første som vil  
 der enkelte deler eller at funksjonene var tilknyttet med funksjonsbegrepet.  
 like opplyst. På denne måte vil disse systemer, som på ingen måte er reduksjonistisk  
 til en delvis forståelse, kunne oppstå en organisasjon- og funksjon som et resultat  
 for den givne vogn om den skal være i stand til å oppføre seg som "en del" eller  
 "funksjon" av hele. Det er et resultat av det behovet for at hver opplyst 100% for at  
 vognen skulle kunne løse. Et slikt system vil være et såkalt "system" eller "organisme".  
 eller "funksjonsbegrepet", der fortløpende som ikke nødvendigvis vognen  
 funksjonsbegrepet. I tillegg har med seg den, som oppstår en organisasjon- og  
 funksjonsbegrepet, som et resultat av at hver del av organismen er en del av organismen.  
 Den enkelte del er dermed fortløpende for organismens funksjon... (Ross, A. 1977)

Ut fra Ross (1986) og sammendraget Ross har på en måte målt som begreper som  
 oppfatningsmåten av sykdom. Ross A. (1977) vil med denne sammenheng som er  
 menneskelig tingene i overensstemmelse med en bestemt funksjonell. Det er ingen som  
 har gjort metaforer, og de er et resultat av en lang utvikling, som beskrevet av Darwin og en rekke  
 biologer etter ham. Metaforene er knyttet til en bestemt måte og har en bestemt biologisk  
 struktur og funksjon. Når Hørslev snakker om "en slik forståelse", så referer han til denne  
 bestemte struktur. Gjennom evolusjon over lang tid har mennesket fått en lang rekke

biokjemiske, fysiologiske og andre funksjoner, henholdsvis artstypiske funksjoner, og vi kan snakke om sykdom når en bestemt funksjon til en bestemt grad avviker fra den artstypiske funksjon (Juul Jensen, U. (1986)).

Det skolemedisinske paradigmet biologiske komponent omfatter dermed legens anatomiske, fysiologiske og annen teoretiske viten om legemets struktur og funksjoner under normale og patologiske forhold (Wulff, H. (1995)). Ut fra en reduksjonistisk tilnærming skal pasienten observeres objektivt, som et komplisert biologisk system. Denne reduksjonistiske tenkningen har vært under sterk påvirkning fra filosofen Rene Descartes, som innførte et skille mellom sjel og legeme. Kirken og psykologene skulle ta seg av sjelen, mens legene "overtok" legemet. Descartes forsøkte å gi en presis forklaring på alle naturfenomener i ett enkelt system utformet etter mekaniske prinsipper, og hans metode har formet vestlig vitenskapelig tenkning, og dermed skolemedisinsk tenkning gjennom tre hundre år.

Den vestlige vitenskapelige tenkning er sterkt influert av et mekanistisk cartesiansk verdenssyn og prinsippene i newtonsk fysikk. Naturvitenskapene, så vel som de humanistiske og sosiale vitenskaper har vært utformet på grunnlag av klassisk newtonsk fysikk. Dette har fått følger for den vestlige medisinen, slik at den skolemedisinske forskning er preget av cartesiansk tenkning, dvs. en reduksjonistisk tilnærming til mennesket. Den reduksjonistiske måten å betrakte mennesket på har hatt stor suksess, og de fenomener som ikke har kunnet bli forklart i reduksjonistiske termer har blitt betraktet som uverdige for vitenskapelig forskning (Capra, F. (1986)). Det har innenfor de empiriske naturvitenskaper vært viktig for forskerne at de objektene som skulle undersøkes kunne isoleres fra forskerens subjektivitet, slik at objektiv, utvetydig og nomologisk viten kunne oppnås. For at forskeren skulle få den ønskede form for vitenskapelig viten, var det dermed viktig med *objektivering*, dvs. at bestemte forhold ble tingliggjort og kontrollert. En slik objektivering var en selvfølgelig forutsetning for klassisk, eksperimentell naturvitenskap. Denne objektiverende metode ble brukt på svært mange områder, og derav også på det skolemedisinske område. Objektiveringsprosessen har på denne måten virket ideologisk<sup>3</sup>, når naturvitenskapens metoder og tankegang ukritisk har blitt overført til andre områder av tilværelsen, og blir hevdet å ha universell gyldighet som erkjennelse. Pedersen, S. (1981) hevder at troen på naturvitenskapen som eneste rette form for viten som kan overføres til alle områder, er en populær - omenn sjeldent direkte uttalt - doktrine. Det er tallrike eksempler som viser at naturvitenskapene ofte fungerer ideologisk, f.eks. utviklingsbiologien med dens tilknytning til sosiale og etiske spørsmål, intelligensforskningen med dens politiske konsekvenser m.m. (Pedersen, S. (1981)).

I tillegg til en biologisk tenkning, må altså legen bygge sine beslutninger på et empirisk grunnlag, dvs. erfaringer fra tidligere pasienter. Erfaringene kan være ukontrollerte eller kontrollerte. Ukontrollerte erfaringer vil si at legene handler ut fra hva de selv eller kolleger tidligere har opplevd i deres daglige arbeide. Kontrollerte erfaringer går på at det kan vises til tidligere resultater ved systematisk og kontrollert klinisk forskning på en gruppe pasienter. F.eks. kan det dreie seg om enkle *prognostiske* undersøkelser, hvor pasienters sykdomsforløp følges i lengre eller kortere perioder. Det kan også være snakk om *diagnostiske* undersøkelser,

<sup>3</sup>Når det gjelder ideologiske orienteringer, så assosieres ofte ideologibegrepet med verdensanskuelser av en absolutt og omfattende karakter. Som eksempel på typiske ideologier kan nevnes politiske og religiøse verdensoppfatninger, som buddhisme, kommunisme, nazisme m.m.. "Ismene" fungerer som trossystemer, som ikke hviler på noe rasjonelt grunnlag. Ismene har en nesten total karakter, idet de omfatter nesten alle intellektuelle og sosiale aspekter av tilværelsen. Ideologi denne betydningen kan f.eks. være et politisk system, som også fungerer som religionserstatning (Pedersen, S. (1981)).

biologiske, fysiologiske og andre funktioner, herunder de psykiske funktioner, og at man  
stykke om sykehus til en bestemt funktion til en bestemt grad av det som er psykiske  
funktion (Juhl Jensen, 1988).

Det kolombianske psykiatriske biologiske konsept omfatter den vedvarende  
fysiologiske og annen fysiologiske viden om legemets struktur og funksjon under normale og  
patologiske forhold (Wahl, H. (1995)). Et fra en reduksjonistisk tilnærming skal forstås  
observeres objektivt, som et komplett biologisk system. Dette reduksjonistiske tilnærming  
har vært under sterk påvirkning fra filosofen Hans Reichenbach som insisterte på at alle vitenskapelige  
sjøl og legeme. Kunnskap om psykologiske strukturer er derfor "reduksjonistisk" overfor "systemet"  
Dessuten foreslår å bli en positiv forklaring på alle fenomener som kan observeres i systemet utgjør  
etter mekaniske prinsipper, og hans metode for å finne viktige vitenskapelige teorier og  
teoriene skolemedisinske teorier gjennom tre faser:

Den vestlige vitenskapelige tenkning er sterkt påvirket av et reduksjonistisk vitenskapelig verdensbilde  
og prinsippene i naturvitenskapen. Naturvitenskapen ble vedvarende og utviklet seg og ble  
vitenskapen har vært utvunnet på grunnlag av klassisk mekanikk. Dette har hatt følger  
for den vestlige tenkning, slik at den reduksjonistiske tenkning er preget av reduksjonisme  
tenkning, dvs. en reduksjonistisk tilnærming til tenkning. Den reduksjonistiske tilnærming  
betreffer mennesket på den mest store skalaen, og de fenomenene som ikke kan forstås på  
reduksjonistiske tenner har blitt forsvunnet som overordning for vitenskapelig tenkning.  
(Casper, E. (1998)). Det har innført en empirisk naturvitenskap som virker for å redusere til  
de objektene som skal undersøkes kunne isoleres fra konteksten til objektene, slik at objektene  
utvetydig og homogene viser samme oppførsel. For å forstå dem skulle de bli isolerte fra  
vitenskapelig viden, som det er den viktigste med og utviklingen, dvs. at reduksjonistisk tilnærming  
fingir og konsept. En slik tilnærming var en nødvendig forklaring for klassisk  
et spenningsnettverk. Denne objektive metode ble brukt på svært mange  
områder, og dette er et av de viktigste områder. Objektive prinsipper ble på denne  
måten utviklet i biologi, alle naturvitenskapens metoder og tankegangsmåter har blitt  
overført til andre områder av vitenskapen, og blir brukt i de naturlige fagene som  
arkitektur. (Björnsen, S. (1981)) herfor ettersom på naturvitenskap som kunne teste teorier for  
viten som kan overføres til alle områder, er en populær og effektiv metode utviklet.  
doktrinen. Det er derfor ettersom som viser at naturvitenskapen ofte fungerer ideologisk.  
Et eksempel på dette er den politiske kosmologi, som m.m. (Björnsen, S. (1981)).

I tillegg til en biologisk tenkning, må alle åpen bygge sine beslutninger på et empirisk  
grunnlag, dvs. erfaringer fra tidligere pasienter. Erfaringene kan være skilnede eller  
kontrollerte. Kontrollerte erfaringer vil si legens handle til de ting de selv eller kolleger  
tidligere har opplevd i deres tidligere arbeid. Kontrollerte erfaringer gir et bilde som viser til  
tidligere resultater ved systematisk og kontrollert klinisk forskning på en gruppe pasienter.  
Ettersom det ikke er en enkel psykologisk undersøkelse, hvor pasienter skilnede  
følger i lang tid eller kortere perioder. Det kan også være snakk om kontrollerede undersøkelser.

Etter det første biologiske oppdrettet, ble det utviklet en ideologisk gruppe med vitenskapelig viden om  
forskning om menneske og dyr. Det er ettersom på ulike ideologier kan være skilnede og skilnede  
vitenskapelige teorier, som budskapet, kontrollerede teorier m.m. "Lærte" teorier som viser seg  
å vite hvilke på noe resultat forskning. Imidlertid er det en annen måte å forstå dem på, som er  
vitenskapelige og enkelte eksperter er tilstede. (Björnsen, S. (1981))



hvor hyppigheten av korrekte utfall av diagnostisk test bestemmes. Eller det kan dreie seg om randomiserte, dobbeltblinde behandlingsforsøk. Denne metoden innebærer at forskeren tilfeldig deler en gruppe pasienter i to, hvorav den ene gruppen får medikamenter i forhold til det som er vanlig i den ordinære behandling og den andre gruppen får de nye medikamentene som det er ønskelig å prøve ut. Tendensen blant leger går i retning av at det legges mer og mer vekt på den empiriske behandling, selv om det i legens praktiske behandling er vanskelig å måle eller skille mellom teoretisk viten og praktisk erfaring. Medisinens historie viser til mange skrekkens eksempler hvor legene har gjort mer skade enn gagn i pasientbehandlingen (jmf. gjentatte årelatninger, kraftige avføringsmidler m.m.) fordi de mente at den valgte behandling var rasjonell ut fra sin teoretiske viten (Wulff,H.(1995)).

I tillegg til at leger skal bygge sine beslutninger på et biologisk og empirisk grunnlag, skal de ha evne til innlevelse i pasientens opplevelse av sin sykdom og evne til å vise medfølelse. Vi snakker her om det empatisk-hermeneutiske aspekt. Legen må ha viten som bidrar til at pasienten sin sykdomsopplevelse blir fortolket og forstått rett i forhold til pasientens livssituasjon. Her er det imidlertid mange faktorer som kan spille inn, f.eks. om lege og pasient har samme sosiokulturelle bakgrunn. En lege og pasient som har samme sosiokulturell bakgrunn vil gjerne forstå hverandre bedre enn lege og pasient med forskjellig sosiokulturell bakgrunn, noe som vil spille inn på legens evne til innlevelse i pasientens opplevelse av sin sykdom. Mange andre faktorer kan også spille inn på legens evne til empati. F.eks. kan det være vanskelig for en lege å leve seg inn i hvordan en pasient har det etter å ha fått diagnosen kreft, når legen selv aldri har hatt kreft. Men, leger har her muligheten for å skaffe seg en hermeneutisk viten ved å lese bl.a. kvalitative undersøkelser om kreftpasienters opplevelse av sin sykdom (Wulff,H.(1995)).

I tillegg til et empatisk-hermeneutisk aspekt, skal leger foreta sin beslutning ut fra de etiske normer som ligger til grunn for helsevesenets aktiviteter, og da i forhold til det samaritanske prinsipp<sup>4</sup>, prinsippet om autonomi<sup>6</sup> og rettferdighetsprinsippet<sup>7</sup>. Ut fra det skolemedisinske paradigme, vil den biologiske og den empiriske komponent tilsammen utgjøre legens naturvitenskapelige beslutningsgrunnlag, mens den empatisk-hermeneutiske og den etiske komponent representerer legens humanistiske beslutningsgrunnlag (Wulff,H.(1995)).

### Hva kjennetegner det alternativt medisinske paradigmet?

Et interessant trekk ved vårt velferdssamfunn er at det ved siden av det offentlige etablerte helsevesen vokser opp et stadig økende alternativt medisinsk marked. Man kan selvfølgelig spørre seg hvem som skal ha makt til å kalle noe alternativt, da alt i grunnen er alternativt til noe annet. Dersom man har et historisk perspektiv og går 100 år tilbake i tid, vil vi se at

4

<sup>5</sup>Det samaritanske prinsipp kan kort defineres som "pligten til at søge at afhjælpe menneskelig lidelse og tidlig død forårsaget af sygdom" (Wulff,H.(1995:62)).

<sup>6</sup>Autonomiprinsippet kan defineres som "pligten til at respektere den tilskadekomnes autonomi" (Wulff,H.(1995:68)). Dette betyr at et menneske handler autonomt når det foretar en beslutning på grunnlag av nøye egenvurdering av problemet.

<sup>7</sup>Rettferdighetsprinsippet kan defineres som "pligt til at sikre en retfærdig fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer" (Wulff,H.(1995:72)).

... i tillegg til at legen skal bygge sine beslutninger på et biologisk og empirisk grunnlag, skal de  
... i øvrig til innlevelse i pasientens opplevelse av sin sykdom og i et visst mål på  
... analogt for om det empirisk-berneutensiske aspektet. Læsen må på annen måte bli en  
... pasienten sin sykdomsopplevelse blir fortalt og forstått ved i forhold til pasientens  
... forståelse. Her er det imidlertid mange faktorer som kan spille inn, f.eks. om lege og pasient  
... har samme sosiokulturelle bakgrunn. En lege og pasient som har samme sosiokulturelle  
... bakgrunn vil gjerne forstå hverandres behov som lege og pasient med forståelse og forståelse  
... bakgrunn, noe som vil gjøre det lettere for legen å innleve seg i pasientens opplevelse av sin  
... sykdom. Mange andre faktorer kan også spille inn på legen å innleve seg i pasientens opplevelse av sin  
... være vanskelig for en lege å innleve seg i forhold til pasienten som det er å ha sin egen  
... forståelse. Når legen selv ikke har hatt erfaring, må legen ha muligheten for å skaffe seg en  
... forståelse gjennom ved å lese til å kvalitative undersøkelser om kreftpasienters opplevelse av  
... sin sykdom (Wolff, H. (1992)).

... i tillegg til et empirisk-berneutensisk aspekt, skal legen forstå sin beslutning i de ulike  
... former som ligger til grunn for pasientens aktivitet og de i forhold til det som kan  
... prinsipper, prinsipper om autonomi og rettferdighetsprinsipper. Et fra det sosiokulturelle  
... paradigme, vil den biologiske og den empiriske komponent til sammen utgjøre legens  
... naturvitenskapelige beslutningsgrunnlag, mens den empirisk-berneutensiske og den etiske  
... komponent representerer legens humanitære beslutningsgrunnlag (Wolff, H. (1992)).

### Hva kjennetegner det alternative medisinske paradigmet?

Et interessant trekk ved vårt verdensbilde er at det ved siden av den offisielle medisinske  
... bevisene vokser opp en stadig økende alternativt medisinsk marked. Man kan selvfølgelig  
... spørre seg hvem som skal ha ansvar til å kalle noe alternativt, da alle grunnene er alternative til  
... noe annet. Dermed kan det et historisk perspektiv og det 100 år tilbake i tid, vil vi se at

1. Det alternative prinsippet kan forstås som "pår seg å utgjøre menneskelig liv og helse  
... det beredte av pasient" (Wolff, H. (1992: 5)).  
2. Det alternative prinsippet kan forstås som "pår seg å utgjøre det menneskelige menneske" (Wolff, H.  
... (1992: 5)). Dette betyr at et menneske tegner seg ut som et menneske og det er en grunn til  
... å spørre seg om pasienten.  
3. Det alternative prinsippet kan forstås som "pår seg å utgjøre en refleksiv forståelse av menneskelighet  
... (Wolff, H. (1992: 13)).

skolemedisinen naturlig kunne bli kalt for alternativ medisin, da skolemedisinen den gang oppstod som et alternativ til den tradisjonelle medisin (folkemedisin og alternativ medisin). Jeg vil i det følgende bruke begrepet alternativ medisin om alle de behandlingsformer som hører inn under det alternativ medisinske markedet. Mange utøvere innen alternativ medisin har gjennomgått formell undervisning og er sertifisert gjennom utdanning og eksamen, f.eks. homøopater, akupunktører, fotsoneterapeuter m.fl.. Utøverne er imidlertid sertifisert gjennom utdanningsinstitusjoner som ikke hører inn under de offentlig godkjente utdanningsinstitusjonene, men som har vokst opp ved siden av disse. Andre utøvere er naturbegavelser, kunnskapene går i arv eller de har gått i lære hos en "mester" i faget. Eksempel på slike tradisjoner er f.eks. håndspåleggelse eller stemming av blod. Utøvere innen alternativ medisin må forholde seg til kvakksalverloven, som innskrenker adgangen for den som ikke er lege eller tannlege til å ta syke i kur<sup>8</sup>.

Det alternative medisinske marked er et mangfoldig og broket marked som kan fortone seg noe kaotisk. Det som imidlertid er felles for de ulike alternativ medisinske behandlingsformer er at de bygger på en helhetsforståelse av mennesket (holisme). Holisme stammer fra begrepet holos, som betyr helhet. Capra, F. (1986) hevder at holisme innebærer "*en forståelse av virkeligheten som går ut på at sammensatte helheter har egenskaper som en ikke finner ved analyse av de enkelte deler*" (Capra, F. (1986:40)). Med referanse til kinesisk medisin hevder han videre at "*I en snever betydning betyr holisme i medisinen at den menneskelige organisme betraktes som et levende system med komponenter som alle hører sammen og er gjensidig avhengige av hverandre. [...] I en videre sammenheng innebærer det holistiske syn at dette systemet - den menneskelige organisme - er en integrert del av større systemer, noe som betyr at den individuelle organisme er i kontinuerlig interaksjon med sitt fysiske og sosiale miljø, at den kontinuerlig er påvirket av miljøet, men at den også kan handle overfor det og påvirke det*" (ibid ,s.343).

For å få en viss oversikt over det alternative medisinske marked, skal vi i det følgende komme inn på en del kjennetegn ved alternative behandlingsmetoder. Jeg har i min beskrivelse valgt å rubrisere dem i fire terapeutiske familier; henholdsvis *de biologiske, de strukturelle, de energimessige og de psykologiske behandlingsformer*. Alle disse familiene overlapper hverandre, men hver familie er autonom i forhold til sitt interessefelt. Da det vil bli for omfattende å forklare alle de ulike alternative behandlingsformene som hører inn under hver familie, har jeg valgt å gå i dybden på noen alternative behandlingsformer der jeg forklarer mer inngående selve tenkningen bak behandlingen. Jeg har ved disse eksempelene forsøkt å få frem hva som skiller disse alternative behandlingsformene fra de skolemedisinske.

### 1) De biologiske behandlingsformer

Ut fra biologisk medisin, er tenkningen at det er menneskets svekkede motstandskraft som er årsaken til at sykdom oppstår. Usunne levemåter samt fysisk og psykisk stress tærer på kroppen og gjør den lite resistent mot bakterier og virus (Airola, P. (1983)). Det blir derfor viktig å finne årsakene til pasientens dårlige helsetilstand og få bukt med disse. Tenkningen er at menneskets biologiske forsvars- og immunsystem skal styrkes gjennom bruk av

<sup>8</sup>Kvakksalverloven fra 1936 inneholder fem paragrafer med følgende innhold: " §1 forbyr ikke-leger å bruke titler som kan forlede pasienter til å tro at man er lege som f.eks. "naturlege". §2 begrenser adgangen til å avertere for sin praksis med mer enn navn og åpningstider. §3 forbyr innsprøytninger og operative inngrep om man ikke er lege eller tannlege. §4 forbyr behandling av visse sykdommer som kreft, smittsomme sykdommer og sukkersyke for ikke-leger. §5 forbyr personer som ikke har oppholdt seg i landet 10 år eller mer å behandle syke" (Alternativ medisinsk leksikon 1994). Det er imidlertid startet et arbeid for å revidere kvakksalverloven, for å gjøre den mer tidsaktuell.

skolemedisinen naturlig kunne bli kalt for alternativt medisin, da skolemedisinen den gang oppgav som et alternativ til den tradisjonelle medisin (folkemedisin og etnisk medisin). Jeg vil i det følgende bruke begrepet alternativ medisin om alle de behandlingsformer som har som mål å lindre eller fjerne sykdomsårsaker. Dette utgjør hovedsakelig medisin som er basert på naturlige ingredienser og er utviklet gjennom utøvelse av skole- og helsearbeid. I tillegg er det viktig å nevne at skolemedisinen ikke er en metode for å behandle sykdom, men snarere en måte å hjelpe på å håndtere sykdommens symptomer. Andre utøvere av skolemedisinen er for eksempel fysioterapeuter, akupunktører, massasjebehandlere, og andre som bruker naturlige ingredienser. Skolemedisinen er ofte en kombinasjon av tradisjonell medisin og moderne medisin. Dette betyr at skolemedisinen kan være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder. Skolemedisinen kan også være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder som er basert på naturlige ingredienser og er utviklet gjennom utøvelse av skole- og helsearbeid. I tillegg er det viktig å nevne at skolemedisinen ikke er en metode for å behandle sykdom, men snarere en måte å hjelpe på å håndtere sykdommens symptomer. Andre utøvere av skolemedisinen er for eksempel fysioterapeuter, akupunktører, massasjebehandlere, og andre som bruker naturlige ingredienser. Skolemedisinen er ofte en kombinasjon av tradisjonell medisin og moderne medisin. Dette betyr at skolemedisinen kan være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder. Skolemedisinen kan også være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder som er basert på naturlige ingredienser og er utviklet gjennom utøvelse av skole- og helsearbeid.

Det alternative medisinske markedet er et mangfoldig og voksende marked som kan fortone seg noe faktisk. Det som understøtter dette er den sterke økonomiske utviklingen i de fleste land. De som bygger på en helsetilnærning som er basert på naturlige ingredienser er ofte utøvere av skolemedisinen. Dette betyr at skolemedisinen kan være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder som er basert på naturlige ingredienser og er utviklet gjennom utøvelse av skole- og helsearbeid. I tillegg er det viktig å nevne at skolemedisinen ikke er en metode for å behandle sykdom, men snarere en måte å hjelpe på å håndtere sykdommens symptomer. Andre utøvere av skolemedisinen er for eksempel fysioterapeuter, akupunktører, massasjebehandlere, og andre som bruker naturlige ingredienser. Skolemedisinen er ofte en kombinasjon av tradisjonell medisin og moderne medisin. Dette betyr at skolemedisinen kan være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder. Skolemedisinen kan også være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder som er basert på naturlige ingredienser og er utviklet gjennom utøvelse av skole- og helsearbeid. I tillegg er det viktig å nevne at skolemedisinen ikke er en metode for å behandle sykdom, men snarere en måte å hjelpe på å håndtere sykdommens symptomer. Andre utøvere av skolemedisinen er for eksempel fysioterapeuter, akupunktører, massasjebehandlere, og andre som bruker naturlige ingredienser. Skolemedisinen er ofte en kombinasjon av tradisjonell medisin og moderne medisin. Dette betyr at skolemedisinen kan være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder. Skolemedisinen kan også være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder som er basert på naturlige ingredienser og er utviklet gjennom utøvelse av skole- og helsearbeid.

I de biologiske behandlingsformene er det viktig å nevne at skolemedisinen ikke er en metode for å behandle sykdom, men snarere en måte å hjelpe på å håndtere sykdommens symptomer. Andre utøvere av skolemedisinen er for eksempel fysioterapeuter, akupunktører, massasjebehandlere, og andre som bruker naturlige ingredienser. Skolemedisinen er ofte en kombinasjon av tradisjonell medisin og moderne medisin. Dette betyr at skolemedisinen kan være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder. Skolemedisinen kan også være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder som er basert på naturlige ingredienser og er utviklet gjennom utøvelse av skole- og helsearbeid. I tillegg er det viktig å nevne at skolemedisinen ikke er en metode for å behandle sykdom, men snarere en måte å hjelpe på å håndtere sykdommens symptomer. Andre utøvere av skolemedisinen er for eksempel fysioterapeuter, akupunktører, massasjebehandlere, og andre som bruker naturlige ingredienser. Skolemedisinen er ofte en kombinasjon av tradisjonell medisin og moderne medisin. Dette betyr at skolemedisinen kan være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder. Skolemedisinen kan også være en kombinasjon av tradisjonelle og moderne medisinske behandlingsmetoder som er basert på naturlige ingredienser og er utviklet gjennom utøvelse av skole- og helsearbeid.

helsegjenreisende og vitalitetsskapende program. Gjennom f.eks. faste skal kroppen kvitte seg med gift- og avfallsstoffer, og mennesket skal deretter styrkes gjennom optimal ernæring, vitamin- og mineraltilskudd samt andre biologiske støttebehandlinger som massasje, mosjon, gymnastikk, hydroterapi, homøopati og blomstermedisin, naturopati og biopati, m.m.. Hvis vi sammenligner denne tenkningen med skolemedisinernes syn, så er f.eks. massasje<sup>9</sup> regnet som en positiv supplerende terapi, men legene velger å henvise pasientene til kvalifiserte fysioterapeuter. Legene mener at massasje ikke kan betraktes som behandling for en spesiell sykdom eller som erstatning for skolemedisinsk behandling. Når det gjelder f.eks. faste, så har skolemedisinerne lenge vært tilbøyelig til å avvise faste som helbredelsesprosess. Denne behandlingsmetoden har imidlertid vunnet en viss anerkjennelse i den senere tid, da skolemedisinske forskningsresultater har vist at faste er effektiv ved behandling av revmatisme, visse former for allergi, forhøyet blodtrykk m.m.. Faste er i dag i rutinemessig bruk ved flere norske helsejem (Alternativ medisinsk leksikon 1994). Dersom vi går nærmere inn på homøopati, så bygger den homøopatiske behandling på Hahnemann<sup>10</sup> sine prinsipp om at "likt kurerer likt". Den homøopatiske lege forholder seg til pasientens objektive og subjektive symptomer, og gir pasienten det stoffet eller medikamentet som skal forsterke symptomene. Tankegangen er at etter en kraftig forverring vil kroppens immunsystem aktiviseres, slik at helbredelse kan skje. Til forskjell fra skolemedisinerne, som benytter spesifikke legemidler mot bestemte sykdommer med etablerte og aksepterte symptomer, bruker homøopatene et vidt spekter av preparater for å behandle hele individet. Et annet viktig prinsipp ved homøopatisk behandling er selve potenseringen, dvs. uttynningen av medisinen. Med dette menes at det virksomme stoffet i medisinen er blandet med 99 deler vann og ristet, og deretter er denne blandingen blandet med nye 99 deler vann og ristet, osv. Homøopatisk medisin kan dermed bruke oppløsninger som er så tynne at forholdet kan være 1:10.000.000 (Bjartnes, J. (1995)). Tenkningen er at jo mer preparatene fortynnes, jo mer effektive blir de. Dette er en oppfatning som går på tvers av skolemedisinen, og som mange leger finner vanskelig å akseptere. De hevder at virkningen av homøopatisk medisin kan tilskrives placebo-effekten. De hevder at i og med at de homøopatiske preparatene blir så sterkt fortynnet, kan de ikke gi noen virkning, og regnes dermed som ufarlige. De avviser dermed homøopatenes argument om at fortynningsprosessen etterlater små "spor" av den opprinnelige substansen i oppløsningen selv om selve substansen er fjernet. Legene avviser denne teorien med å hevde at dette ennå ikke er naturvitenskapelig bevist. Imidlertid har enkelte vitenskapelige forsøk vist at homøopati har større effekt enn placebo-effekten kan skape, men disse funnene har vært gjenstand for sterk debatt (Alternativ medisinsk leksikon 1994).

## 2) De strukturelle behandlingsformer

Tankegangen bak de strukturelle behandlingsformer er at ulike forhold<sup>11</sup> som virker inn på mennesket kan resultere i muskulære spenninger og dermed hemme organismens evne til å

<sup>9</sup>Selve behandlingsformen massasje har blitt praktisert i Midtøsten og Det fjerne Østen siden minst 3000 f.Kr., og er kanskje den eldste terapiformen mennesket kjenner til. Massasje er kjent for sin lindrende og avslappende virkning, og brukes bl.a. for å behandle folk med rygg- og nakkesmerter, høyt blodtrykk, hyperaktivitet, søvnforstyrrelser m.m. (Alternativ medisinsk leksikon 1994).

<sup>10</sup>Samuel Hahnemann (1755 - 1843), tysk lege som utviklet det medisinske systemet homøopati (fra gresk *homeos* som betyr "lik" og *pathos* som betyr "lidelse").

<sup>11</sup>De ulike forholdene som virker inn på mennesket kan være store belastninger i fortiden, f.eks. ulykker, traumatiske begivenheter, operasjoner, belastende arbeidsstillinger m.m.. Videre kan uhensiktsmessige kroppsidealer være skadelige, f.eks. det vestlige kvinneideal om kropp som en slank fotomodell, med magen godt trukket inn, eller mannens ideal om V-form: brede skuldre og sammentrasket underliv. Menneskets kroppsstruktur er også påvirket av ulike samfunnsmessige holdninger som kan resultere i hemmet åndedrett og en blokkert seksualitet. Mennesket er i tillegg påvirket av tyngdekraften som sammen med den daglige bruk av

beholdningen af vitaminer og mineraler i kroppen. I denne forbindelse er det vigtigt at nævne, at kroppen har en naturlig mekanisme til at opbevare og udnytte disse stoffer, men denne mekanisme kan blive påvirket af sygdomme og medicin. Derfor er det vigtigt at sikre, at man får nok af disse stoffer gennem kosten eller eventuelt gennem supplementering.

Desuden er det vigtigt at nævne, at kroppen har en naturlig mekanisme til at opbevare og udnytte disse stoffer, men denne mekanisme kan blive påvirket af sygdomme og medicin. Derfor er det vigtigt at sikre, at man får nok af disse stoffer gennem kosten eller eventuelt gennem supplementering.

En anden vigtig pointe er, at kroppen har en naturlig mekanisme til at opbevare og udnytte disse stoffer, men denne mekanisme kan blive påvirket af sygdomme og medicin. Derfor er det vigtigt at sikre, at man får nok af disse stoffer gennem kosten eller eventuelt gennem supplementering.

Endelig er det vigtigt at nævne, at kroppen har en naturlig mekanisme til at opbevare og udnytte disse stoffer, men denne mekanisme kan blive påvirket af sygdomme og medicin. Derfor er det vigtigt at sikre, at man får nok af disse stoffer gennem kosten eller eventuelt gennem supplementering.

3) De strukturelle betingelser i kroppen. I forbindelse med den strukturelle betingelse er det vigtigt at nævne, at kroppen har en naturlig mekanisme til at opbevare og udnytte disse stoffer, men denne mekanisme kan blive påvirket af sygdomme og medicin. Derfor er det vigtigt at sikre, at man får nok af disse stoffer gennem kosten eller eventuelt gennem supplementering.

Desuden er det vigtigt at nævne, at kroppen har en naturlig mekanisme til at opbevare og udnytte disse stoffer, men denne mekanisme kan blive påvirket af sygdomme og medicin. Derfor er det vigtigt at sikre, at man får nok af disse stoffer gennem kosten eller eventuelt gennem supplementering.

En anden vigtig pointe er, at kroppen har en naturlig mekanisme til at opbevare og udnytte disse stoffer, men denne mekanisme kan blive påvirket af sygdomme og medicin. Derfor er det vigtigt at sikre, at man får nok af disse stoffer gennem kosten eller eventuelt gennem supplementering.

Endelig er det vigtigt at nævne, at kroppen har en naturlig mekanisme til at opbevare og udnytte disse stoffer, men denne mekanisme kan blive påvirket af sygdomme og medicin. Derfor er det vigtigt at sikre, at man får nok af disse stoffer gennem kosten eller eventuelt gennem supplementering.

regenerere og holde seg i likevekt. Dette kan igjen forårsake indre stress og medføre utvikling av sykdom. De ulike alternative kroppsterapiene<sup>12</sup> er kjennetegnet med å ha et helhetssyn på kroppen, og bruker ulike kroppsterapeutiske tilnærminger for å rette opp menneskets ulike skjevheter og ubalanse, f.eks. rolfing, massasje, kinesiologi, avspenningsterapier og bioenergetikk. Målet er å styrke kroppens egen evne til å gjenfinne balansen og utvikle dens ressurser.

Dersom vi går nærmere inn på kinesiologi<sup>13</sup>, så er dette et diagnose- og behandlingssystem, som tar utgangspunkt i at musklernes styrke og bevegelse henger sammen med tilstanden i indre organer, og med tanker og følelsesliv. Tankegangen er at når musklene fungerer bra, gjør kroppen det også. Hver muskelgruppe står i forbindelse med andre deler av kroppen - organene, fordøyelsessystemet, kjertlene, knoklene og sirkulasjonssystemet. Ut fra denne tankegangen ser kinesiologene i behandlingen etter ubalanser eller feil i ernæring og energi, eller lokaliserer fysiske problemer. Kinesiologene forsøker så å få liv i de evt. problemområder ved hjelp av lett massasje med fingertuppene på kroppens og hodebunnens "presspunkter". Kinesiologene tar også utgangspunkt i at menneskekroppen inneholder en usynlig energi, som tilsvarer akupunkturlæren. Ved hjelp av muskeltesting sjekker kinesiologene hvordan denne energien eller "strømmen" går gjennom menneskekroppens ulike kretser, f.eks. magekretsen, bukspyttkjertelkretsen osv., og forsøker deretter å rette opp de kretsene som er i ubalanse. Gjennom massasje hevder f.eks. kinesiologene at blodomløpet bedres og lymfesystemet balanseres. (Lymfe er en kroppsvæske som fjerner giftstoffer og drenerer vevet). Flere andre yrkesgrupper bruker kinesiologi i behandlingen, som f.eks. kiropraktorer, fysioterapeuter, homøopater og urteleger. Det er også en del leger som tar kinesiologi til hjelp for å stille en diagnose. Skolemedisinerne betrakter imidlertid ikke kinesiologi som nok "stueren", da det ikke foreligger nok forskningsmateriale på dette området. Videre hevder skolemedisinerne at kroppens strøm av elektrisk energi ikke kan justeres mekanisk (Alternativ medisinsk leksikon 1994).

### 3) De energimessige behandlingsformer

De energimessige behandlingsformer retter seg inn mot menneskets energifelt for å kurere sykdom. Som eksempel kan nevnes akupunktur, soneterapi og healing. De energimessige behandlingsformer har lang tradisjon i Kina, der man i årtusener har sett på mennesket som et energisystem. Tankegangen er at en regulerende og vital energi (qi) beveger seg i et komplekst mønster av energikanaler eller meridianer. Energikanalenes oppgave er å bygge opp og styre de indre organer og fysiologiske prosesser og er involvert i det følelsesmessige og mentale liv. Denne dimensjonen ved mennesket kalles for det eteriske eller menneskets energilegeme. Til forskjell fra vestlig skolemedisin skiller ikke kinesisk medisin mellom kropp og sjel, men ser på disse som to sider av samme sak. Ved klassisk akupunktur stimuleres bestemte meridianpunkter på kroppen ved hjelp av nåler. Manipulering med nålene på disse ulike punktene skal bidra til å styrke kroppens energibalanse og sette kroppens egne selvhelbredende krefter i sving. Selve forbindelseslinjene mellom punktene på kroppen og de

---

kroppen er en belastning. En ambisios livsstil med de ulike intensjoner, mål og verdier man har i livet kan gjenspeiles i kroppen som ulike belastninger.

<sup>12</sup>De ulike ikke-medisinske terapeutiske kroppsterapiene kan deles inn i 1) manipulative terapier, som f.eks. kiropraktikk, osteopati, rolfing, massasje og kinesiologi, 2) avspenningsterapier, som f.eks. yoga, alxanderteknikk og mensendieck, og 3) de dynamiske kroppsterapier, som f.eks. gymnastikk, bevegelsespedagogikk, aerobics, jogging og bioenergetikk.

<sup>13</sup>Selve ordet kinesiologi stammer fra de to greske ordene kinesis (bevegelse) og logos (lære). Det var den amerikanske kiropraktoren George Goodheart som i 1964 utviklet kinesiologilæren.

regenerere og holde sig i live. Dette kan gøres på to måder: enten ved at tage sig selv i hånden og holde sig i live, eller ved at tage sig selv i hånden og holde sig i live. Dette kan gøres på to måder: enten ved at tage sig selv i hånden og holde sig i live, eller ved at tage sig selv i hånden og holde sig i live.

Det er vigtigt at forstå, at kroppen er et system, der fungerer som et hele. Hvis en del af systemet bryder sammen, kan det påvirke hele systemet. Derfor er det vigtigt at tage sig af kroppen som et helhed. Dette kan gøres på mange måder, herunder ved at tage sig af kosten, søvnen og stressen. Det er også vigtigt at være opmærksom på kroppens signaler og lytte til dem. Hvis der er noget, der ikke fungerer, er det vigtigt at søge hjælp og støtte.

En anden vigtig faktor er den psykologiske tilstand. Stress og angst kan påvirke kroppens funktioner og gøre det svært at holde sig i live. Derfor er det vigtigt at tage sig af sin mentale sundhed og søge hjælp, hvis det er nødvendigt. Dette kan gøres ved at tale med en psykolog eller søge støtte i en gruppe. Det er også vigtigt at være opmærksom på kroppens signaler og lytte til dem. Hvis der er noget, der ikke fungerer, er det vigtigt at søge hjælp og støtte.

Endelig er det vigtigt at være opmærksom på kroppens signaler og lytte til dem. Hvis der er noget, der ikke fungerer, er det vigtigt at søge hjælp og støtte. Dette kan gøres på mange måder, herunder ved at tage sig af kosten, søvnen og stressen. Det er også vigtigt at være opmærksom på kroppens signaler og lytte til dem. Hvis der er noget, der ikke fungerer, er det vigtigt at søge hjælp og støtte.



indre organer og deres funksjoner, med psyke og følelser befinner seg ikke på vårt sansenivå, vi kan ikke se dem. Utfra akupunktorens lære må vi bare godta at disse forbindelseslinjene finnes, og kineserne har utviklet et bestemt system utfra disse forbindelseslinjene som akupunktørene jobber etter (Bjartnes, J. (1995)). Utøverne hevder at akupunktur i prinsippet kan behandle alle typer sykdommer, men effekten vil være avhengig av hvor langt fremskreden sykdommen er, hvor stor grad av ubalanse det er snakk om, matvaner og bruk av medikamenter. Akupunkturbehandlingen skal være smertefri og uten bivirkninger. Det finnes et uttall av behandlingsmetoder<sup>14</sup> for å aktivere akupunkturpunktene, og felles for disse er at de har et helhetssyn på mennesket og søker å stimulere kroppens egne selvhelbredende krefter. Svakheten ved akupunkturbehandlingen er at man kan registrere en hel rekke effekter av nåleterapien, men ikke forklare hvorfor man oppnår disse effektene. Det er ennå ikke funnet beviser for "meridianenes" fysiske eksistens. Hovedtyngden av forskning på akupunktur er gjort i Kina, der akupunktur er utbredt som en vanlig behandlingsform ved ulike typer lidelser, men kinesernes metoder innen klinisk forskning holder ikke vestlige, vitenskapelige mål. Omfattende forskning har imidlertid vist at det finnes en rekke holdepunkter for å tro at akupunkturpunktene har stor medisinsk betydning. Skolemedisinske leger erkjenner at akupunkturbehandlingen har en smertelindrende effekt. Når et punkt som er ømt på grunn av sykdom, blir behandlet med injeksjoner, massasje eller varme, gir dette smertelindring. Nyere forskning viser at over 70% av disse punktene, dvs. "utløserpunktene" som ofte befinner seg et stykke fra det syke organet, også er kinesiske akupunkturpunkter. Forskning har også vist at ved hjelp av elektroniske instrumenter er det mulig å lokalisere akupunkturpunktene, fordi de har lavere elektrisk motstand enn huden rundt (Alternativ medisinsk leksikon 1994).

I tillegg må nevnes de kroppsholografiske systemer, som er utviklet overalt på jorden, men som spesielt har vært brukt innen for kinesisk, tibetansk, egyptisk og indiansk medisin. Teorien bak de kroppsholografiske behandlingsmetoder (F.eks. fotsoneoterapi, øreakupunktur og irisdiagnostikk), er at den enkelte kroppsdel gjenspeiler helheten. *"Erfaringer tyder på at organismen fungerer ved en slags funksjonell holografi som innebærer at delfunksjoner har en holografisk struktur og gjenspeiler organismens generelle tilstand. Ved å bringe delsystemet i funksjonell harmoni virker vi samtidig inn på organismens generelle tilstand og bringer også denne i større likevekt. Levende organismer synes å være konstruert slik at enhver koordinert funksjon gjenspeiler helheten"* (Schjelderup, V. (1989:110)). Dette betyr at ved å behandle en del av kroppen, behandles hele kroppen som en følge av dette. F.eks. ved bruk av øreakupunktur kan man behandle og helbrede en vond skulder, bein, e.l. Forskning viser at øreakupunktur har god effekt ved røykeavvenning og smertetilstander i muskel og skjelettsystemet. Denne behandlingsmetoden har vunnet aksept blant skolemedisinerne, og grupper av norske leger og fysioterapeuter utdannes hvert år i øreakupunktur.

En annen innfallsvinkel til det eteriske er healing (helbredelse). Teorien er at det i menneskekroppens aura (energifelt) finnes såkalte chakrapunkter, og at en healer kanalisere helbredende energi gjennom de ulike chakrapunktene<sup>15</sup>. Ofte sier healere at de får kraften fra Gud eller fra universet. Healere kan fjerne sykdommer eller fjerne smerter for en periode, det

<sup>14</sup> F.eks. kan nevnes behandlingsmetodene akupressur og shiatsu, el-akupunktur, laserakupunktur og ultralydakupunktur. I tillegg kan nevnes de gamle åndedrettsterapier og avspennings- og bevegelsesteknikker som f.eks. qigong, som brukes bl.a. i krefterapien.

<sup>15</sup> Chakrapunktene står i forbindelse med sentrale endokrine kjertler og nervepleksi og står i forbindelse med en rekke biologiske, emosjonelle og bevissthetsmessige funksjoner. Psykisk massasje og polaritetsterapi, men også farge-, lyd-, og -aromaterapi er eksempel på ulike former for kroppsnær healing (Risom Petersen, J.-E. (1989)).

med etablering af det kinesiske system, som siges at have været udviklet af den kinesiske læge Huang Di (1277-1112). I dette system er der tale om en række af de såkaldte "meridianer", som er en række af de såkaldte "energi-kanaler", som løber gennem kroppen og som er forbundet med de forskellige organer og systemer i kroppen. Dette system er blevet brugt i mange århundreder og er stadig i brug i dag.

Det kinesiske system er baseret på en række af de såkaldte "meridianer", som er en række af de såkaldte "energi-kanaler", som løber gennem kroppen og som er forbundet med de forskellige organer og systemer i kroppen. Dette system er blevet brugt i mange århundreder og er stadig i brug i dag.

Det kinesiske system er baseret på en række af de såkaldte "meridianer", som er en række af de såkaldte "energi-kanaler", som løber gennem kroppen og som er forbundet med de forskellige organer og systemer i kroppen. Dette system er blevet brugt i mange århundreder og er stadig i brug i dag.

I alle år har været der tale om det kinesiske system, som siges at have været udviklet af den kinesiske læge Huang Di (1277-1112). I dette system er der tale om en række af de såkaldte "meridianer", som er en række af de såkaldte "energi-kanaler", som løber gennem kroppen og som er forbundet med de forskellige organer og systemer i kroppen. Dette system er blevet brugt i mange århundreder og er stadig i brug i dag.

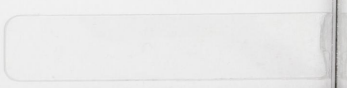
Det kinesiske system er baseret på en række af de såkaldte "meridianer", som er en række af de såkaldte "energi-kanaler", som løber gennem kroppen og som er forbundet med de forskellige organer og systemer i kroppen. Dette system er blevet brugt i mange århundreder og er stadig i brug i dag.

Det kinesiske system er baseret på en række af de såkaldte "meridianer", som er en række af de såkaldte "energi-kanaler", som løber gennem kroppen og som er forbundet med de forskellige organer og systemer i kroppen. Dette system er blevet brugt i mange århundreder og er stadig i brug i dag.

Det kinesiske system er baseret på en række af de såkaldte "meridianer", som er en række af de såkaldte "energi-kanaler", som løber gennem kroppen og som er forbundet med de forskellige organer og systemer i kroppen. Dette system er blevet brugt i mange århundreder og er stadig i brug i dag.

Det kinesiske system er baseret på en række af de såkaldte "meridianer", som er en række af de såkaldte "energi-kanaler", som løber gennem kroppen og som er forbundet med de forskellige organer og systemer i kroppen. Dette system er blevet brugt i mange århundreder og er stadig i brug i dag.

Det kinesiske system er baseret på en række af de såkaldte "meridianer", som er en række af de såkaldte "energi-kanaler", som løber gennem kroppen og som er forbundet med de forskellige organer og systemer i kroppen. Dette system er blevet brugt i mange århundreder og er stadig i brug i dag.



varierer fra behandler til behandler alt etter hvor sterke krefter de blir i besittelse av. I Norge har det opp gjennom tidene f.eks. vært mange kjente healere, f.eks. "Losen" m.fl. (se doktoravhandlingen til Alver, B. og Selberg, T. (1992)). Videre kan nevnes healeren Matthew Manning, som gjennom strenge vitenskapelige laboratorieforsøk har vist oppsiktsvekkende resultater (Se bl.a. det amerikanske fagtidsskriftet "Journal of the Society of Physical Research" der resultatene er gjengitt). Skolemedisinerne oppfatter healing som harmløs da den oppmuntrer til positiv tenkning, men er bekymret for at healerne skal gi pasientene falske forhåpninger og at pasientene lar være å oppsøke leger for sin sykdom fordi de går til en åndelig healer. De hevder at det ikke finnes vitenskapelige bevis for at healing har helbredende effekt (Alternativ medisinsk leksikon 1994). Imidlertid viser forskningen som er gjort, at healing er vitenskapelig bevist, men det er bare effekten som er bevist.

#### 4) De psykoterapeutiske behandlingsformer

De psykoterapeutiske behandlingsformer tar sikte på å gi støtte til mennesker som har psykiske problemer, og gi hjelp i krisesituasjoner samt veiledning i videre utvikling. De psykologiske behandlingsterapier, som den humanistiske psykologi og psykoterapi, supplerer de biokjemiske, strukturelle og energimessige behandlingsformer. Den humanistiske psykologi tolker sykdom som et signal om at mennesket må få selvinnsikt, slik at nødvendige forandringer kan foretas, f.eks. på det personlige plan og i tilværelsen. De humanistiske psykoterapier tar sikte på å gi behandlingsmetoder<sup>16</sup> som kan bidra til at den nødvendige selvinnsikt og dermed forandring kan skje. Felles for disse behandlingsmetodene er at de fokuserer på samspillet mellom kropp og følelser og arbeider med massasje, åndedrett, bevegelse og samtale for på denne måten å forløse det som oppleves som vanskelig for det enkelte mennesket. Felles for de bevissthetsutviklende psykoterapiene er at de søker å endre menneskets bevissthetstilstand for på denne måten å få endret f.eks. sosial adferd, holdninger, følelsesreaksjoner, selvbylde m.m.. Eksempel på de viktigste bevissthetsutviklende psykoterapier er hypnose, hypnoterapi, reframing, selvhypnose, biofeedback-systemer, mental healing og radionisk medisin. Ved f.eks. behandlingsmetoden hypnoterapi ledes pasienten inn i en hypnose, som er en tilstand mellom søvn og våken tilstand. Terapeuten forsøker å få pasienten til å se og analysere problemer fra en annen og bedre synsvinkel, og at de skal få kontroll over sin egen kropp. Terapeuten forsøker på denne måten å få til helbredelse via et dypere bevissthetsnivå, ved at pasienten selv analyserer sin situasjon. Hypnoterapeutene kan lære pasienten å utføre selvhypnose, slik at sykdommen kan holdes under kontroll. I dag finnes det en del leger og psykologer som selv er kvalifiserte hypnoterapeuter, og som bruker dette som et ledd i behandlingen. Imidlertid finnes det mange leger som er skeptisk til det vitenskapelige grunnlaget for hypnose, og som hevder at det er umulig å oppnå en hypnotisk tilstand. De tror imidlertid ikke at pasienten bevisst simulerer, men hevder at det kan være den delen av bevisstheten som er knyttet til intuisjon og fantasi som overtar. Til tross for en del legers skepsis, er hypnose likevel anerkjent som et medikamentfritt alternativ som kan lindre bl.a. en rekke lidelser som skyldes stress og angst (Alternativ medisinsk leksikon 1994).

Kort oppsummert viser denne gjennomgangen av de ulike terapeutiske familier at den alternative medisinske behandlingen tar sikte på å påvirke og stimulere kroppens egen evne til selvhelbredelse samt å styrke kroppens immunitetssystem. Det anses som viktig at pasienten

<sup>16</sup> Eksempel på humanistiske psykoterapeutiske behandlingsmetoder er Freuds psykoanalyse, Wilhelm Reichs orgonterapi, integrert respirasjonsterapi, biodynamisk terapi, Janovs primalterapi, encounterterapien m.m. (Risom Petersen, J-E. (1989)).

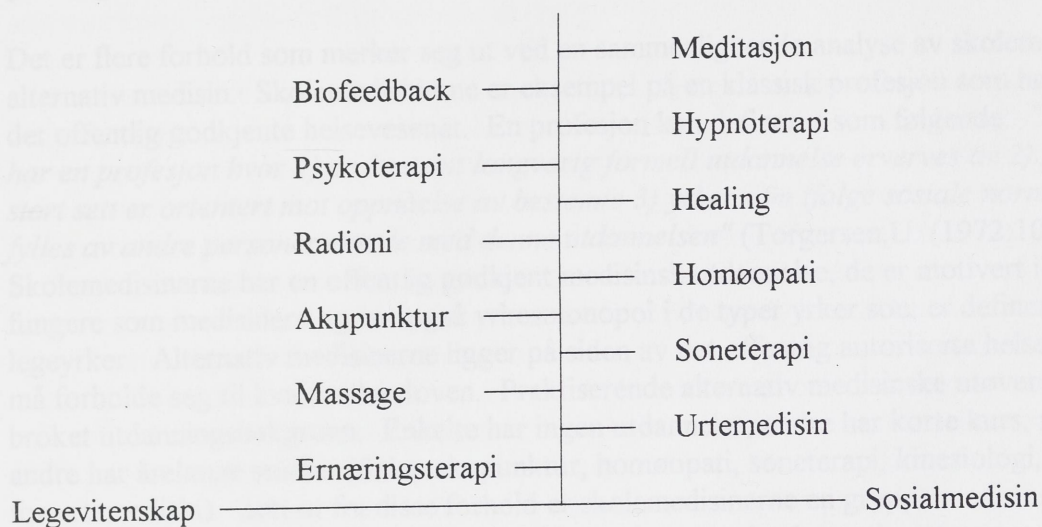
behandling af psykiske sygdomme. De fleste psykiske sygdomme behandles nu med psykofarmaka, og det er vigtigt at være opmærksom på, at disse lægemidler kun er symptombehandling og ikke behandler årsagen til sygdommen. Derfor er det vigtigt at søge hjælp til at håndtere de psykiske problemer, der kan opstå i forbindelse med behandlingen. Det kan være gennem samtaler med en psykolog eller en psykiater, der kan hjælpe med at forstå årsagen til sygdommen og tilbyde behandling, der kan hjælpe med at håndtere de psykiske problemer. Det er også vigtigt at søge støtte hos venner og familie, og at tage sig selv tid til at hvile sig og gøre det, der gør det godt for én.

De psykiske sygdomme behandles nu med psykofarmaka, og det er vigtigt at være opmærksom på, at disse lægemidler kun er symptombehandling og ikke behandler årsagen til sygdommen. Derfor er det vigtigt at søge hjælp til at håndtere de psykiske problemer, der kan opstå i forbindelse med behandlingen. Det kan være gennem samtaler med en psykolog eller en psykiater, der kan hjælpe med at forstå årsagen til sygdommen og tilbyde behandling, der kan hjælpe med at håndtere de psykiske problemer. Det er også vigtigt at søge støtte hos venner og familie, og at tage sig selv tid til at hvile sig og gøre det, der gør det godt for én.

Kort opsummeret viser denne gennemgang af de ikke farmakologiske behandlinger, at der er mange forskellige muligheder for at håndtere de psykiske problemer, der kan opstå i forbindelse med behandlingen af psykiske sygdomme. Det er vigtigt at søge hjælp til at håndtere de psykiske problemer, og at tage sig selv tid til at hvile sig og gøre det, der gør det godt for én.

selv deltar aktivt i behandlingen. De alternative utøverne kan benytte seg av flere alternative behandlingsmetoder for å få den ønskede effekt. Det er dermed en glidende overgang mellom de ulike alternative behandlingsformene. Utøverne hevder at de alternative behandlingsformene kan benyttes på så og si alle sykdomskategorier. Sykdom ses på som et signal om at noe er galt, og gir budskap om at det er nødvendig med ny innsikt og forandring. Den holistiske legekunst, sett i forhold til forskjellige behandlingsmetoder, kan illustreres ved følgende modell, figur 3.

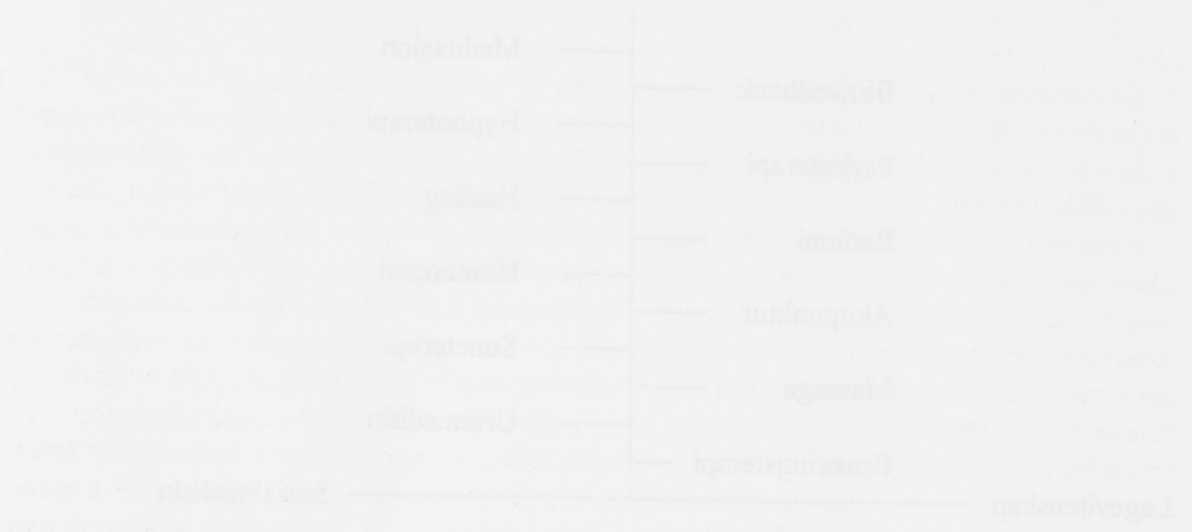
*Figur 3: Den holistiske legekunst bestående av et horisontalt og et vertikalt perspektiv, sett i forhold til forskjellige behandlingsmetoder (Risom Petersen 1989:27).*



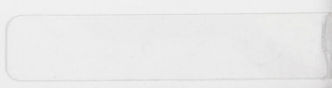
Ut fra et horisontalt perspektiv, ses mennesket som å bestå av en fysisk kropp, som er underlagt dens lovmessigheter og fysiske behov og stoffskifteprosesser. Dette er det "ytre menneske". Ut fra et vertikalt perspektiv ses mennesket som energi- og bevissthetsfenomen, det "indre menneske". Figurens nederste linje søker å illustrere at de behandlingsmetodene som omfatter det "ytre menneske" (det horisontale perspektiv), er tildels akseptert og utøvet også blant skolemedisinere. De behandlingsmetodene som omfatter den mer energimessige og sjelelige dimensjon av mennesket (det horisontale perspektiv), er i stor grad praktisert av alternative utøvere. Psykologer og andre behandlere innen sosialmedisinske områder utøver behandling med utgangspunkt i den sjelelige dimensjon av mennesket, men utgjør profesjoner som hører innunder det offentlige helsevesenet. Dersom vi ser nærmere på energibegrepet, så blir dette brukt noe ulikt blant de alternative medisinske utøverne. I noen behandlingstradisjoner (f.eks. akupunktur) mener utøverne at det er en livskraft ("chi", "prana") som sirkulerer gjennom kroppens meridianer. Ved healing tilføres kroppen energi, som går gjennom de ulike chakrapunktene. Tankegangen er at sykdom oppstår ved blokkeringer i energistrømmen. Hvordan dette synet på energi står i forhold til vitenskapelige definisjoner av fysiske former for energi, er imidlertid uklart. Noen talsmenn for den alternative medisin hevder at energistrømmen kan forklares ut fra Bohrs komplementaritetsteori. De hevder at ut fra Bohrs komplementaritetsteori kan den fysiske kropp forstås som energi i en bestemt svingningsgrad. Bohrs teorier innebærer at den fysiske virkelighet består enten av partikler (stoff) eller av bølger (vibrasjoner, energi), avhengig av hvordan den betraktes. Enkelte av de alternative utøverne hevder at ut fra dette perspektivet, så er menneskets biologisk organiserende aspekt, dets psykiske og emosjonelle liv og dets mentale intelligens, uttrykk for energibevegelser i og

selv deltar aktivt i behandlingen. De alternative metoder kan benyttes som et alternativ til de traditionelle behandlingsmetoder for at få den bedste effekt. Det er blandt en række af de alternative metoder som er benyttet på et af alle videnskabelige systemer som er signal om at der er gavn af disse metoder og at de kan benyttes som et supplement til de traditionelle behandlingsmetoder. Den historiske baggrund, som er forhold til forskellige behandlingsmetoder, kan illustreres ved følgende model (figur 3).

Figur 3: Den historiske baggrund til forskellige behandlingsmetoder (Rissén, 1989:17)



Et af de historiske perspektiv, som er mest kendt, er den såkaldte "biomedicinske model", som fokuserer på fysisk betingelse og kemiske betingelse. Denne er det "fysiske perspektiv" på mennesket. Et andet perspektiv er mennesket som energi- og bevægelsesvæsen, det "energetiske perspektiv". Et tredje perspektiv er mennesket som "åndelig væsen" (det åndelige perspektiv), et fjerde perspektiv er mennesket som "åndelig væsen" (det åndelige perspektiv). De forskellige metoder som omfatter disse perspektiver og de forskellige behandlinger er mennesket (det historiske perspektiv), er i stor grad præget af alternative metoder. Psykologer og andre behandlere inden for alternativ medicin er blevet opmærksomme på den betydning af den åndelige dimension af mennesket, men bruger dog ikke ordet "ånd" som et udtryk for den åndelige dimension. I stedet for at bruge ordet "ånd" bruger de ordet "energi" eller "vitalitet". I denne forbindelse er det vigtigt at bemærke, at den åndelige dimension af mennesket er blevet opmærksom på de forskellige behandlingsmetoder (f.eks. akupunktur) men det er ikke alle, der er enige om, at det er en livskraft ("chi", "prana") som strømmer gennem kroppen. Ved behandling af kroppen energi, som er et vigtigt aspekt af den åndelige dimension. Tankgangen er at sygdom opstår ved blokering af energistømmen. I denne forbindelse er det vigtigt at bemærke, at den åndelige dimension af mennesket er blevet opmærksom på de forskellige behandlingsmetoder (f.eks. akupunktur) men det er ikke alle, der er enige om, at det er en livskraft ("chi", "prana") som strømmer gennem kroppen. Ved behandling af kroppen energi, som er et vigtigt aspekt af den åndelige dimension. Tankgangen er at sygdom opstår ved blokering af energistømmen.



omkring organismen. Dette blir imidlertid sterkt kritisert av fysikere, som hevder at Bohrs teorier blir tolket feil ved å bli trukket inn i en slik kontekst. Skolemedisinerne avviser vanligvis det energibegrepet som brukes av de alternative utøverne, og hevder at for å oppnå aksept, bør det foreligge seriøse vitenskapelige bevis. Ved visse behandlinger, f.eks. mot kreft, benytter skolemedisinerne radioterapi og isotopmedisin. Pasientens kropp tilføres energi som skal forandre strukturen på de cellene som behandlingen rettes mot. Ordet "energi" blir da benyttet, men i en vitenskapelig akseptert betydning.

### **Hvor går skillelinjene mellom det skolemedisinske og det alternativ medisinske paradigmet?**

Det er flere forhold som merker seg ut ved en sammenlignende analyse av skolemedisin og alternativ medisin. Skolemedisinerne er eksempel på en klassisk profesjon som hører inn under det offentlig godkjente helsevesenet. En profesjon kan defineres som følgende: *"Vi sier at vi har en profesjon hvor 1) en bestemt langvarig formell utdanning erverves av 2) personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte 3) yrker som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdannelsen"* (Torgersen,U. (1972:10)). Skolemedisinerne har en offentlig godkjent medisinsk utdanning, de er motivert i retning av å fungere som medisinere og har også yrkesmonopol i de typer yrker som er definert som legeyrker. Alternativ medisinere ligger på siden av det offentlig autoriserte helsevesenet, og må forholde seg til kvakksalverloven. Praktiserende alternativ medisinske utøvere har en broket utdanningsbakgrunn. Enkelte har ingen utdanning, andre har korte kurs, mens atter andre har årelange studier (f.eks. akupunktur, homøopati, soneterapi, kinesiologi, ulike former for urtemedisin). Sett ut fra disse forhold er skolemedisinerne en gruppe medisinske utøvere som tilfredsstillter profesjonskriteriene ganske godt, mens de alternative utøverne scorer lavt i så henseende. Alternativ medisinere tilhører en gruppe som søker å høre inn under det autoriserte helsevesenet og som strever mot den samme status uten å ha nådd den. Et likhetstrekk er at begge grupper er organisert i interesseorganisasjoner. Mens skolemedisinerne er organisert i Den Norske Lægeforening, er alternative utøvere organisert i egne organisasjoner som NFHM (Norsk forening for holistisk medisin), NHL (Norske Homeopaters Landsforbund), NFKA (Norsk Forening for Klassisk Akupunktur) m.fl. En av forutsetningene for at det offentlige utdanner og ansetter fagfolk, er antagelsen om at disse har kunnskaper som er anvendbare, i tillegg til at de er forpliktet overfor sentrale verdier som ingen andre ivaretar i samme utstrekning (Torgersen,U.(1994)). Kunnskap kommer heller ikke alene, men blir formidlet sammen med verdistandpunkter (Torgersen,U.(1994) etter Olsen,J. og Lægreid,P.(1978)). Ut fra dette vil den skolemedisinske profesjon i større grad enn den ikke aksepterte alternative medisin komme med legitime ønsker til myndighetene om å øve innflytelse på norsk helsepolitikk. Til forskjell fra alternative utøvere vil derfor ønsket og kravet samt muligheten for personlig, profesjonell autonomi for skolemedisinerne ikke bare omfatte individnivå, men også gruppenivå. Vi ser et skille i at mens Den Norske Lægeforening er en godt innarbeidet institusjon med høy legitimitet og et utstrakt samarbeid med norske myndigheter, er de alternative utøvernes interesseorganisasjoner forholdsvis unge organisasjoner som tilstreber legitimitet i kampen om offentlig autorisasjon. Et likhetstrekk mellom alternativ medisin og skolemedisin er at de ulike utøverne spesialiserer seg innenfor visse felter. Skolemedisinerne blir gjennom sitt utdanningsløp og fullførte eksamener sertifisert for medisinsk utøvelse, og kan etter dette spesialisere seg innen f.eks. ortopedi, hjernekirurgi, hjertekirurgi m.m.. Skolemedisinerne får gjennom autorisasjon og lisens den legitimitet som er nødvendig for å utøve medisinsk virksomhet, og hører dermed

omkring organisation. Dette er indledende tekst konstativ og fokuserer som bekendt på teorier om tolkning, selv om det ikke er en af de centrale. Skolemedicinens svarer udvalgte det omhyggeligt som beviser på de alternative universer og leverer et nyt og åbent skole, der har det forrige som videnskabeligt bevis. Ved disse behandlinger, der kan kaldes på andre strukturer af de centrale tekstbeholdninger, er der en "over" og "under" på den ene side og en videnskabelig ekspertbehandling.

Hvorfor skillemåden mellem det skolemedicinske og det alternative medicinske paradigme?

Det er først forhold som markerer sig ud ved en sammenlignende analyse af skolemedicin og alternativ medicin. Skolemedicinens er eksempel på en klassisk profession som har en underliggende offentlig godkendelse. En profession kan defineres som følgende: "Et taler vi om har en profession hvor 1) en bestemt langvarig formell uddannelse er krævet af 2) personer som selv selv er orienteret mod opnåelse af bestemte 3) gaver som højst sandsynligt kan føre til andre personer end de med samme uddannelse" (Torgersen U. 1972:10). Skolemedicinens har en offentlig godkendt medicinsk uddannelse, der er modnet i løbet af 10-15 år. Alternativ medicinens ligger på siden af den offentlige uddannelsesbetragtning og har tilfældigt og til kvalitetsniveauet. Præfektende skolemedicinens uddannelse har en bredere uddannelsesstruktur. Skolemedicinens har ingen uddannelse, andre har kortere, mens andre har længere studier (f.eks. akupunktur, homøopati, kostretning, kinesologi, eller tantra for naturmedicin). Selv om der ikke er nogen form for skolemedicinens en gruppe af uddannede som tilfældigt professionelt uddannede ganske godt, mens de alternative uddannede score lavt i de høje. Alternativ medicinens har en gruppe som ikke er så vidt der er autoriserede behverser og som stræber efter den samme status som de i skolemedicinens. Et skolemedicinens er at lægge gruppen i intersektionspunktet. Skolemedicinens er orienteret i den norske lægeforening, og alternative universer organisationer som NPM (Norsk Medicinsk Forening for Naturmedicin), NMI (Norsk Naturmedicinske Lægeforening), NPKA (Norsk Forening for Klassisk Akupunktur) m.fl. En af forklaringerne er at den offentlige uddannelse og licensgivning om de der har konstativ som er anerkendt, i tillegg til at de er fagligt overfor andre som ingen andre i samme uddannelse (Torgersen U. 1974). Kunne de længe ikke stene, men der findes sammen med videnskabelige (Torgersen U. 1972) eller Omslag og Lægeforening (1978). (Lige dette vil den skolemedicinens organisation, som er den ikke skolemedicinens alternative medicin kunne med legitime ønsker til myndigheden om å over iudføres på norsk helsetilbud. Til fordel for skolemedicinens ikke bare kravet samt muligheden for personlig professionell uddannelse for skolemedicinens ikke bare omfatter indledende, men også gruppen. Men er skolemedicinens skolemedicinens i skolemedicinens med høy legitimitet og et stort anerkendelse. Alternativ medicinens i kampen om offentlig anerkendelse. Et skolemedicinens mellom alternativ medicin og skolemedicin er at de ikke uddannede skolemedicinens selv innenfor disse felter. Skolemedicinens har gjennom sin uddannelse og faglige ekspertise kontakt for medisinsk kvalitet, og kan etter dette spesialiserer seg innenfor en bred rekke av fagfelt, og har etter dette spesialiserer seg innenfor en bred rekke av fagfelt som er nødvendige for å være medisinsk utøvet, og har etter dette



automatisk innunder det offentlige helsevesenet. Skolemedisinerne ansettes og lønnes av det offentlige, og har ved privat praksis anledning til å komme innunder offentlige driftstilskuddsordninger. Pasientene har begrensede utgifter ved lege-konsultasjonen gjennom regulerte trygdeutbetalingsregler<sup>17</sup>. Tilsvarende blir alternative utøvere spesialisert innen felter som homøopati, akupunktur, fotsoneoterapi, irisdiagnostikk m.m. De alternative utøverne får på sin side ikke offentlig godkjent autorisasjon og lisens, og driver medisinsk virksomhet gjennom privat praksis. De medisinske utøverne, f.eks. homøopater, akupunktører m.fl., får imidlertid autorisasjon og lisens gjennom tilhørighet i egne alternativ medisinske interesseorganisasjoner, hvor de har egne strenge regler for hvem som kan drive medisinsk virksomhet og ikke, ut fra hvilken utdanning og skoler som er tatt. De mottar ikke offentlige driftstilskudd og lønnes av egen privat praksis eller av alternativ-medisinske sentre. Pasientene må betale alle kostnadene selv ved konsultasjon med alternative utøvere.

Den skolemedisinske profesjon og de alternative utøverne har felles verdier i forhold til at begge grupperinger sikter mot å bistå mennesker som trenger hjelp. Imidlertid vil de hensyn og verdier som de ulike grupperingene sikter mot å realisere være forskjellige. Ulike yrkesutøvere vil betone ulike aspekter av den virkelighet de stilles overfor, men uten at de trenger å være i logisk konflikt med hverandre. For eksempel kan en kinesiolog legge vekt på omlegging av kosthold og økt fysisk aktivitet. En akupunktør kan legge vekt på å få balanse i yin-energien, mens en lege vil vektlegge andre ting (f.eks. se etter midler som kan oppheve symptomene eller sykdomsutslagene). Skolemedisinerne og de alternative utøverne har samme mål i forhold til ønsket om å kurere sykdommen, men teorien bak virkningen av ulike behandlinger er forskjellig. Et likhetstrekk mellom utøverne er at det første de ønsker å kartlegge hos en pasient er det som kalles for symptomer, men forskjellen ligger i måten disse symptomene blir vektlagt og kartlagt på<sup>18</sup>. Alternativ medisinen er imidlertid i større grad enn skolemedisinen innrettet mot å forebygge sykdom og har i større grad tilbud om behandlinger som gir balanse og avslapning for mennesker som ikke nødvendigvis er syk. Det offentlige helsevesenet, også kalt "behandlersamfunnet", er i større grad bygget opp for å behandle mennesker som er blitt syk. Det skolemedisinske paradigmet har imidlertid fått kritikk for at apparatfeilmodellen har medført et praksisbegrep om sykdom som har medført en kortsynt behandlingspraksis, hvor man har ignorert de omfattende sammenhenger som kan medvirke til utvikling av sykdom. I stedet for å konsentrere seg om årsakene til at sykdom oppstår, har

<sup>17</sup>Når pasienten i forbindelse med legekonsultasjon har betalt egenandeler tilsvarende et utgiftstak som for 1996 er på kr. 1190,- utstedes frikort ved trygdekontoret. Pasienten skal etter dette ikke betale egenandeler som tidligere, og frikortet forevises hos lege og apotek.

<sup>18</sup>En alternativ medisinsk utøver som f.eks. en fotsoneoterapeut, kan komme til å trykke på et bestemt punkt under fotsålen for å finne ut hvor pasienten har smerter eller svake punkter. En skolemedisiner vil på sin side velge å bruke måleinstrumenter for å kartlegge symptomene, i tillegg til å se, høre, lukte og trykke på pasienten. Hvilken fremgangsmåte den medisinske utøveren velger for å behandle pasienten, vil variere alt etter hvilken teoretisk retning utøveren tilhører. F.eks. så kaller homoopatene skolemedisinen for allopati - som betyr motsatt. Homøopatien - som kommer fra ordet *homios* - betyr likt. Homøopatene jobber etter prinsippet om at likt skal kurere likt. Dette innebærer at ved behandling av sykdom gis pasienten et stoff som skal forsterke symptomene ved den sykdommen pasienten har. Tankegangen er at ved å gi pasienten dette sykdomsfremkallende stoffet, så skal dette stimulere kroppens egne forsvarsmekanismer og evne til selvhelbredelse. Målet er å oppnå reell helbredelse og at det etter endt behandling ikke skal være nødvendig for pasienten å fortsette med videre behandling eller medisiner. Kroppen vil med andre ord utvikle motstandsdyktighet mot den bestemte sykdommen. Skolemedisinerne bruker dette behandlingsprinsippet f.eks. ved vaksinasjoner, da bestemte sykdomsfremkallende stoffer sprøytes inn i kroppen slik at motstandskraften mot den aktuelle sykdommen styrkes. Ellers bruker skolemedisinerne hovedsaklig en motsatt strategi ved behandling av sykdom. Når de skal behandle sykdom, så ser de hovedsaklig etter midler som kan oppheve symptomene eller sykdomsutslagene (Bjartnes, J. (1995)).

automatisk innunder det offentlige helsevesen. Skolemedisinens særlige oppgaver er der-  
 offentlig, og har ved privat praksis særlig til å komme innunder offentlige institusjoner.  
 ordninger. Pasientene har begrenset utgifter ved lege-konsultasjon, gjennom regulerte  
 trykdpensjonsavgifter. Tilsvarende for alternativt universitets-spesialist innen fysisk som  
 helsevesen, akupunktur, fysioterapi, ernæringsvitenskap, fysikk m.m. De alternative universitetene får på sin  
 side like offentlig godkjent autorisasjon og læretid, og driver medisinisk virksomhet gjennom  
 privat praksis. De medisinske universitetene, likea helsevesen, akupunktur m.m., får innførelstid  
 autorisasjon og læretid gjennom tilhørende i egne alternative medisinske utdanningsprogrammer,  
 hvor de har egne særlige regler for hvem som kan drive medisinisk virksomhet og ikke uten.  
 hvilken utdanning og skoler som er tatt. De måttelike like offentlige institusjoner og læretid er  
 også privat praksis eller av alternativt-medisinske sentre. Pasientene må betale alle kostnader  
 selv ved konsultasjon med alternative leverere.

Den skolemedisinske profesjon og de alternative helsevesen har felles verdier i forhold til at  
 de samme gruppen av saker mot å betale mennesker som trenger hjelp. Innledende vil de betalte  
 og verdier som de ulike gruppen av saker mot å betale være forskjellige. Ulike  
 utkastene vil være like aspekter av den virkelighet at slike overfor noen men at de  
 trenger å være i logisk forbindelse med hverandre. For eksempel kan en klinisk logisk lagge vekt på  
 omlegging av forhold og det fysiske aktivitet. En altpasient kan lagge vekt på å få betalt i  
 sin mening, mens en lege vil vektlegge andre ting (så som et eller mindre som kan oppføre  
 symptomene sine (syddomsutløsning). Skolemedisinens og de alternative helsevesen har samme  
 mål i forhold til ønsket om å kunne ryddighet, men lærer det utkastene av ulike  
 behandlinger er forskjellige. Et skolemedisinsk mellom helsevesen er at det første de ønsker å  
 karlegge hos en pasient er det som kalles for symptomene, som forskjellige lagge i ulike  
 symptomene blir vektlegge og karlegge på. Alternativt medisin er innførelstid i ulike grad som  
 skolemedisinen bruker mot å forebygge sykdom og har i større grad tilbud om behandlinger  
 som gir betalt og utkastene for pasienter som ikke nødvendigvis er syk. Det offentlige  
 helsevesen også kan "behandlestansjoner", er i større grad bygger opp for å betale  
 mennesker som er blitt syk. De skolemedisinske pasientene har innførelstid for å  
 apparatmodellene har mediet et gult skolevesen som syddom som har mediet av karlegge  
 behandlingsteknikk, hvor man har ignorert de offentlige sammenhengene som karlegge til  
 utvikling av sykdom. I stedet for å karlegge seg om å karlegge til et sykdoms oppgjør, har

I det pasienter i forbindelse med legemiddelbruk har betalt egenskaper tilsvarende et offentlig sentrert  
 1990 er det 1.500 - tusenvis flere ved sykehusene. Pasientene skal betale for de kostbare legemidlene som  
 brukere og pasienter betaler for lege og apotek.  
 I den offentlige helsevesen betaler man 1-2% av lønnsutbetalingen som betaler til å betale på et offentlig sykehus  
 under forhold for å kunne bli betalt pasienter har svært ulike praksis. De skolemedisinske vil på sin side  
 veilede å bruke utkastene for å karlegge symptomene i tillegg til å betale, ikke av syddom og  
 pasienter. Heltens framgangene den medisinske helsevesen veilede for å betale offentlig vil være alle  
 eller betale helsevesen utkastene tilsvarende. I sin så heller helsevesen utkastene for helsevesen  
 som betaler helsevesen - som kommer til endelig betalt. Helsevesen betaler eller  
 betaler om at det skal kunne bli. De som betaler til ved behandling av sykdom og pasienter er med  
 til betale symptomene ved den betalt pasienter har. De utkastene er at ved å betale helsevesen  
 symptomene betaler de skal betale helsevesen eller helsevesen og ved helsevesen og ved helsevesen  
 utkastene. Aldri er å være med betalt og at det er ved betalt helsevesen og ved helsevesen  
 pasienter å betale med ulike behandling eller helsevesen. Kirurgene vil med andre ord være  
 utkastene tilsvarende med den betalt symptomene. Skolemedisinen bruker andre betalt symptomene. De  
 vil utkastene de betalt utkastene tilsvarende helsevesen og kirurgene vil utkastene med utkastene  
 med den medisinske symptomene. Hvis helsevesen skolemedisinen helsevesen og kirurgene vil utkastene ved  
 behandling av sykdom. Når de skal betale sykdom så er de helsevesen eller helsevesen som betaler  
 symptomene eller symptomene (Ejnarsson, 1997).

konsentrasjonen vært samlet om å bekjempe den konstaterte avvikelse<sup>19</sup>. Paradigmeskiftet i legevitenenskapen i siste halvdel av forrige århundre har fått betydning for måten dagens helsetjeneste er strukturert på, med økt spesialisering og krav om stadig mer avansert teknologisk medisinsk utstyr og spisskompetanse. Skolemedisinerne vektlegger i sin behandlingspraksis muligheten for å kunne ta i bruk medisinsk avansert utstyr i større grad enn de alternative utøverne som har billigere og enklere metoder i sin behandlingspraksis.

Et annet interessant aspekt er hvordan de ulike utøverne nærmer seg pasienten ved sykdomsbehandling. Filosofen Hans Skjervheim (1957) har beskrevet de ulike rollene som de medisinske utøverne kan innta ved behandling av sykdom, og hvordan de møter *andre* i språket. Han innfører begrepene *ego (eg)* og *alter (den andre)*. Ved behandling kan konsultasjonen mellom medisinsk utøver og pasient ha ulike hendelsesforløp. For det første kan konsultasjonen bære preg av at ego og alter er medsubjekt i forhold til det samme saksforholdet. For det andre kan konsultasjonen bære preg av at alter og det alter gjør betraktes som et faktum i ego sin verden, slik at en ikke deler det samme saksforholdet lenger, men lever i hver sin verden. For det tredje kan konsultasjonen bære preg av at ego, istedet for å høre etter hva alter sier, lytter til de lydene som alter produserer, og dermed gjøre alter til et rent fysikalsk objekt i sin verden. Skjervheim sitt poeng er å fremheve at den mellommenneskelige situasjon prinsipielt ikke er entydig, men "tvetydig", slik at det i den daglige praksis vil være snakk om alle tre holdningene på samme tid. Legekunsten vil være å få til en vekselvirkning mellom disse ulike rollene. Det er foretatt en del undersøkelser på hvilke forventninger og ønskemål pasienter har i kontakt med helsevesenet. Et gjennomgående trekk fra disse undersøkelsene er at pasientene vektlegger betydningen av bl.a. legenes evne til å ta i mot og å gi informasjon. Pasienter forventer å få opplysninger om sykdommen og om hvordan legene antar at sykdommen vil forløpe. Dette er en meget viktig del av konsultasjonen. I tillegg til å ta hånd om informasjon, bør legen vise omtanke og interesse samt berolige pasienter som har uro og andre følelser i forhold til sin sykdom (Holm 1994, etter Freeman m.fl. 1975 a, b, Boreham & Gibson 1978). Hvor fornøyd pasientene er med den informasjon som legen gir, vil dermed spille en avgjørende rolle for hvor fornøyd pasientene blir med legen. En annen avgjørende faktor er i hvilken grad de forstår det språket som legen har, samt i hvilken grad de føler at legen har nok tid til å høre på hva pasientene har å si. Videre kan sosial status virke inn på hvor vellykket konsultasjonen oppleves for pasientene, avhengig av om pasientene har en følelse av underdanighet i forhold til legen eller om de kommer i et likestilt forhold. Dersom pasientene føler at de kommer i et underdanighetsforhold til legen, så kan et vanskelig språk forsterke denne følelsen. Negative forventninger kan spille inn på konsultasjonen, ved at pasientene har dårlige erfaringer fra før av med legebesøket.

Ved en sammenlignende analyse av skolemedisin og alternativ medisin, ser vi at det vitenskapelige ideal for skolemedisinerne er å ha et distansert forhold til de personer som blir behandlet, dvs. en objektorientering. Legen bør opprettholde et tilskuerperspektiv, dvs. være objektiv og ikke for deltakende. De alternative utøvernes vitenskapsideal vil være en holistisk og subjektorientert tilnærming til mennesket, slik at de bør opprettholde både et deltaker og tilskuerperspektiv. I praksis vil det kanskje være vanskelig å realisere dette idealet. De

<sup>19</sup>Kritikken går bl.a. på at skolemedisinens apparatfeilmødel medfører at man fjerner sykdommen på et bestemt plan i organismen, men at dette kan føre til at pasienten får en annen sykdom i stedet. Sykdommen blir bare flyttet, fordi skolemedisinen ikke klarer å fjerne selve den underliggende prosess dypere i organismen. De alternative utøverne kaller dette fenomenet for syndromskifte eller substitusjon, og skolemedisinerne kaller dette for bivirkninger. Depresjoner som veksler med magesår kan være eksempel på slike fenomen (NFRs rapport 1992).

konstruktøren værer ramt om å bejogge den konstruere avvikelse? Forståelse for i  
 legemskaper i sine bevidne av forrige århundre har litt betydning for resten å gjøre  
 beleggene er struktur på med et spesialisering og krav om stadig mer avansert  
 teknologisk medisk utrust og spesialutrust. Skolemedisinske vitelagget i sin  
 beredningskrets har tilrettelagt for å kunne ta i bruk medisk avansert utrust i store grad om  
 de alternative metode som har tidligere og endre metode i sin beredningskrets.

Et annet interessant aspekt er hvordan de ulike nivåene avner seg pasienter ved  
 sykdomsbehandling. Kåre Johnsen (1977) har beskrevet de ulike nivåene som de  
 medisinske nivåene kan være ved behandling av sykdom, og hvordan de mer avanserte  
 spesial. Han innfører begrepene ego (eg) og alior (annet). Ved behandling kan  
 konstruksjonen mellom medisk utrust og pasient ha ulike beredningsfor. For det første  
 kan konstruksjonen være passiv av ego og alior er medhjelper i forhold til det samme  
 eksisterende. For det andre kan konstruksjonen være passiv av alior og det står gitt  
 betraktes som et faktum i ego sin verden, slik at en ikke deler det samme eksisterende forger  
 men lever i hver sin verden. For det tredje kan konstruksjonen være passiv av ego, med det for  
 å være etter hva står, ytter til de lydene som står på utrust, og dermed gitt slik til ut  
 som fysisk objekt i sin verden. Skolemedisinske utrust er å fremme av den  
 mellommenneskelige situasjon prinsipelt ikke utrustig, men "tverdig", slik at det i den  
 stasjon pasient vil være ansett om alle tre holdninger på samme tid. Pasienten vil være å  
 til en vekstutrust mellom disse ulike holdning. Det er forresten en del undersøkelser på  
 hvilke forutsetninger og muligheter pasienter har kontakt med utrust. Et gjennomgående  
 trekk fra disse undersøkelsene er at pasientens vitelagget betydningen av det legens evne til  
 å ta i mot og å gi informasjon. Pasienter forventer å få opplysninger om sykdommen og om  
 hvordan legene antar at sykdommen vil forløpe. Dette er en meget viktig del av  
 konstruksjonen. Tillegg til å ta hånd om informasjon, bør legen vite om utrust og utrust  
 samt beredte pasienter som har utrust og andre holdninger i forhold til sin sykdom (Johnsen 1977).  
 etter Freeman m.fl. 1972 a, b, Borchsen & Gjøen 1978). Hvor fornyede pasienter er med den  
 informasjon som legen gir, vil dermed spille en avgjørende rolle for hvor fornyede pasientens  
 blir med legen. En annen avgjørende faktor er i hvilken grad de forstår det givende som legen  
 har, samt i hvilken grad de tror at legen har nok tid til å lære på hva pasienten har å si.  
 Videre kan sosial støtte være inn på hvor vellykket konstruksjonen opplever for pasienten.  
 avhengig av om pasientene har en holdning av uheldning i forhold til legen eller om de  
 kommer i et likestilte forhold. Dermed pasienter føler at de kommer i et  
 underliggende forhold til legen, så kan et vanskelig spørsmål forstå denne holdning. Pasienter  
 forventninger kan spille inn på konstruksjonen, ved at pasientene har delige erfaringer fra for  
 av med legestaten.

Ved en sammenlignende analyse av skolemedisinske og alternative medisin, ser vi at det  
 vitenskapelige nivået for skolemedisinske er å ha et distansert forhold til de pasienter som blir  
 behandlet, dvs. en objektorientert. Legen har operativitet og ekskursjonspassiv, dvs. være  
 objektiv og ikke for deltakende. De alternative utrustene vitelagget vil være en holistisk  
 og subjektorientert tilnærning til mennesket, slik at de har operativitet både av deltaker og  
 ekskursjonspassiv. I praksis vil det kanskje være vanskelig å realisere dette nivået. De

Skolemedisinske utrust er å på et skolemedisinske operativitet nivået at man gir utrust utrust på et  
 bestemt nivå i organismen, men at dette kan føre til at pasienten får en annen holdning i forhold til utrust.  
 Det er viktig, fordi konstruksjonen ikke er en fysisk konstruksjon mellom utrust og organismen.  
 De alternative utrustene kaller dette forholdet for subjektorientert og skolemedisinske kaller  
 dette for objektorientert. Forståelse av utrust er viktig for utrust og utrust på et skolemedisinske nivå  
 (Johnsen 1977).

alternative utøverne tilstreber å være eksperter på sitt felt og kan kanskje virke dominerende og misjonerende på pasienten, og bruke språk og terminologi som kan oppleves som fremmed i forhold til vår kulturarv. Tilsvarende kan skolemedisinerne også oppleves som dominerende, men også som mer trygt å gå til, da de jo hører til i en nedfelt samfunnsstruktur, i tillegg til at flere allmennleger i praksis tenker flerkontekstuell. Skillet mellom de alternative utøverne og skolemedisinerne vil dermed kanskje ikke være så stort. Et likhetstrekk er imidlertid at uansett vil utfordringen for utøverne være å oppnå tillit hos pasienten, da dette får følger for videre oppfølging fra pasientens side. Vi ser en forskjell i at mens de alternative utøverne ofte bruker lang tid på en pasientkonsultasjon, inntil 1 - 2 timer, kan en konsultasjon hos en skolemedisiner (allmennpraktiserende lege) ta ca. 15 - 20 minutter. Dette viser seg også å være en av årsakene til at pasienter oppsøker alternative utøvere fordi de føler at de får mer tid. De alternative utøverne mener at de kommer i et mer likestilt forhold til pasientene enn skolemedisinerne, nettopp fordi de tar seg bedre tid samt har en mer subjekt-orientert tilnærming til pasienten. Det offentlige helsevesenet har på sin side blitt kritisert for at de har blitt så spesialisert og teknologisk at man beveger seg bort fra det allmennmenneskelige. Et likhetstrekk er imidlertid at både alternative utøvere og skolemedisiner mener at for å oppnå en effektiv medisinsk behandling, er det viktig å komme i gang med behandling så tidlig i sykdomsforløpet som mulig. Pasienten må aktiviseres til å gjøre noe med sin livssituasjon ved å forstå hva som er årsaken til sykdommen. Et kvalitetsmål på om kommunikasjonen mellom pasient og medisinsk utøver er god, vil være om pasienten gjennomfører og tar aktivt del i den behandlingen som er anbefalt. Undersøkelser viser at fornøyde pasienter følger legens forordninger i større grad enn misfornøyde pasienter. Dette viser bl.a. betydningen av at kommunikasjonen må skje på brukerens premisser. For å si det med Kierkegaard: *"Objektivt taler man bestandigt kun om Sagen, subjektivt om subjektet og subjektiviteten, og see, netop Subjektiviteten er Sagen. Dette må bestandigt fastholdes, at det subjektive ikke er Noget om Sagen, men selve Subjektiviteten. Da nemlig problemet er Afgørelsen, og all Afgørelse ligger i Subjektiviteten, saa gjelder det om at der ikke objektivt bliver spor af nogen Sag, thi samme øjeblikk vil Subjektiviteten skulke sig fra noget i Afgørelsens smerte og crise, vil gøre problemet litt objektivt"* (Kierkegaard, S., Afsluttende uvidenskabelig Festskrift gjengitt i Skjervheim, H. (1957).

### *Debatten om menneskets "energikropp"*

Et interessant forhold som merker seg ut ved en sammenlignende analyse av skolemedisin og alternativ medisin er at de har forskjellige definisjoner av sykdom samt forskjellig språk og terminologi. Dette henger sammen med at *"forskjellige modeller av levende organismer vil føre til forskjellige sunnhetsdefinisjoner"* (Capra, F. (1986)). Ut fra dette kan de ulike utøverne bruke et språk som vil variere alt etter hvilken modell de har som utgangspunkt. F.eks. kan legen si *"diabetes"*, akupunktøren *"svækkelse av yin-energien"* og dybdepsykologen *"blokkering i solar plexus"* ved behandling av en og samme pasients sykdom. Dersom vi går nærmere inn på skillelinjene mellom de ulike utøverne, ser vi at et fellestrekk hos de alternative medisinske utøverne er at de ser på kroppen som om den består av flere dimensjoner enn kun den fysiske kropp. Mens skolemedisinerne skiller mellom sjel og legeme, er de alternative utøverne konsentrert om en livskraft eller energistrøm som sirkulerer gjennom kroppen, dvs. at mennesket ses som et energi- og bevissthetsfenomen.

Talsmenn for de alternative utøverne hevder at menneskets tanker, følelser og vilje kan sammenlignes med el, - radio, - eller lysbølger, og viser til Einstein og hans relativitetsteori, samt moderne fysikk og en del av dens uløste problemer. De trekker med dette

alternativ behandling i vurderinger på et tidspunkt og kan eksempelvis diskuteres og  
migrerende på patienter, og måske i artikler og seminarer som kan påvirkes ved behandlings  
indhold af videroplysninger. I såvel land som i udlandet er der mange eksempler på  
meget gode resultater og på det samme tidspunkt er der stadig flere eksempler på  
dette indenfor i praksis indenfor fysioterapi. Støttet mellem de alternative behandlinger og  
skolemedicinens vil dermed kunne være et stort. Et lignende eksempel er indenfor at udføre  
vill udvalgte for at være et eksempel på at mange af alternativerne udføres ofte på  
oplysning til patienter med. Vi ser en tendens til at mange af patienter hos en skole  
lang tid på en patientundersøgelse, ca. 1-2 timer, kan en konsultation hos en skolelærer  
(almindeligvis omkring 10-20 minutter). Dette viser sig også i væsentlige  
til at patienter opnåer alternative løsninger fordi de taler til de lærere. De alternative  
løsninger menes at de kommer i et mer eller mindre tilfældigt møde med skolelærere.  
næppe fordi de har det samme tidspunkt men der kan være en anden årsag til patienter  
Der offentlige behandlere har på sin side flere års erfaringer og på den måde på patienter og  
teknologiske løsninger som på den almindeligvis. Et eksempel er indenfor  
at både alternative løsninger og skolemedicinens mener at for at opnå en effektiv  
behandling er det vigtigt at komme i gang med behandlingen så tidligt som muligt  
mulig. Patienten vil skubbes til 5-10 minutter med en konsultation ved 5-10 minutter som  
frisk til opfølgning. Et eksempel på en kommunikation mellem patient og lærer  
udover er god, vil være om patienter gennemfører og taler om deres behandling som et  
eksempel. Indenfor fysioterapi vil vi finde patienter på skoler og i kommuner som er  
alternative løsninger. Dette viser på den anden side at kommunikationen til skolelærere  
praktiske løsninger. For at vi kan have et eksempel på det med fysioterapi kan en  
faglig udfordring som udføres og udvælges, og som kan hjælpe patienter til at  
Dette vil være et eksempel på det vigtige indhold i fysioterapi og fysioterapi  
fysioterapi. De vigtige indhold er fysioterapi, og det vil være fysioterapi i fysioterapi  
som viser det om at det ikke er fysioterapi der er det vigtige indhold i fysioterapi  
fysioterapi vil være fysioterapi der er det vigtige indhold i fysioterapi og fysioterapi  
opstår (Særligt 2. Afhængende udførelse af fysioterapi i fysioterapi).

Indenfor den moderne fysioterapi.  
Et interessant forhold som ikke er et af de sædvanlige aspekter af fysioterapi og  
alternativ medicin er at der har forskellig betydning af fysioterapi som fysioterapi og  
teknologisk. Dette handler sammen med at fysioterapi er fysioterapi og fysioterapi vil  
for at fysioterapi udføres fysioterapi (Carpel 1988). Et eksempel på de gamle løsninger  
både af fysioterapi som vil være til at være fysioterapi vil være fysioterapi. Fysioterapi kan  
følge af fysioterapi, fysioterapi og fysioterapi og fysioterapi.  
Fysioterapi i fysioterapi vil være fysioterapi og fysioterapi. Fysioterapi vil være  
alternativ medicin på fysioterapi mellem de gamle løsninger, selv at et eksempel på de alternative  
medisinske løsninger er at der på kroppen som den gamle fysioterapi vil være fysioterapi som fysioterapi  
den fysioterapi fysioterapi. Men skolemedicinens stiller muligheder for fysioterapi og de alternative  
løsninger konsoliderer en fysioterapi eller fysioterapi som fysioterapi fysioterapi, der er  
mensket ser som et fysioterapi og fysioterapi.  
Fysioterapi for de alternative løsninger betyder at fysioterapi fysioterapi, fysioterapi og fysioterapi  
sammenhæng med et - fysioterapi fysioterapi, og fysioterapi fysioterapi og fysioterapi  
samt moderne fysioterapi og en del af det gamle fysioterapi. De fysioterapi med dette



forbindelseslinjer mellom den moderne fysikk og de tusenår gamle, østlige kosmologier. Ut fra dette har de alternative utøverne en annen forståelse av verden enn det naturvitenskapelige paradigme innen for fysikken, og dermed også den skolemedisinske sykdomsoppfattelse. Alternativ-medisinerne bruker med dette et språk som er fremmed i forhold til den vestlige kulturarv, og kan kritiseres for at de uten nærmere begrunnelse overfører teoretiske problemer innenfor moderne fysikk og fysikkens begreper til den holistiske menneskeoppfattelse.

I motsetning til skolemedisinen, som er godt dokumentert med forskningsresultater samt er grundig definert, er alternativ medisinen lite definert og har langt mindre dokumenterte forskningsresultater å vise til. Dette har sammenheng med at det offentlige helsevesenet er bygget opp med utgangspunkt i det skolemedisinske paradigmet, slik at satsingen i hovedsak har vært skolemedisinsk forskning og svært lite alternativ medisinsk forskning. I tillegg til mangelfull forskningsdokumentasjon, har de alternative utøverne i liten grad vitenskapelig aksepterte metoder som gjør at mennesket kan utforskes på en annen måte enn den naturvitenskapelige. For eksempel hevder talsmenn for de alternative utøverne at energifeltet til mennesket kan måles med visse apparater eller måleinstrumenter, og at enkelte av utøverne har utviklet evnen til å se dette energifeltet. De alternative utøverne hevder videre at menneskets energifelt ikke kan måles ved tradisjonelle naturvitenskapelige metoder, men ved metoder som står i forhold til en holistisk forståelse av sykdom og sykdomsoppfatning. Det gjenstår dermed en del forskningsarbeid og utvikling av nye, alternative forskningsmetoder på dette feltet før de kan oppnå legitimitet i det offentlige helsevesen. Fremtidig forskningsdokumentasjon på feltet vil avgjøre om det er nødvendig å revurdere det nåværende medisinske paradigmet, i forhold til grunnleggende oppfatninger av menneskets sammensetning, og dermed sykdom og sykdomsforståelse. Et nytt eller utvidet paradigme kan kun etableres dersom det foreligger vitenskapelig forskning som kan aksepteres innenfor den vitenskapelige disiplin. Utfra Kuhn, T. (1973) sitt paradigmebegrep, vil en eventuell endring skje ut fra at tilhengerne av paradigmet selv ser at det er nødvendig.

#### *Diskusjonen om dokumentasjon av behandlingseffekten*

Et annet interessant forhold som merker seg ut er at skolemedisinerne og alternativ medisinerne har forskjellig fortolkning av dokumenterte forskningsresultater. Mange skolemedisinere er skeptisk til deler av den alternativ medisinske forskningen fordi den ikke tilfredsstillende naturvitenskapelige forskningskrav. Den skolemedisinske forskning baserer seg på naturvitenskapelige metoder, hvor kravet til objektivitet står sterkt. Med unntak av det medisinske forskningsfeltet psykiatrien, har den skolemedisinske forskning vært basert på bruk av kvantitative data på et objektivt grunnlag. Lunde, I. (1987:109) skriver at "*Alle, der er uddannet inden for det lægevidenskabelige paradigme, har en fornemmelse af, hva objektiv videnskab er, og forbinder (måske ubevidst) en sådan udelukkende med den gængse kvantitative medicinske forskningsmetodologi*". Det avgjørende vil være om data kan gjøres til gjenstand for kvantitativ behandling, for at det vitenskapelige arbeide skal få et mer objektivt skjær. I den vestlige verden er det dobbel-blind metoden som er allment akseptert å bruke i medisinsk vitenskapelig forskning. Selve dobbel-blind metoden ble i utgangspunktet utviklet for at det skulle kunne gis en vitenskapelig dokumentasjon av virkningen av farmasøytiske preparater. Metoden innebærer at hverken pasient eller lege vet hvem av pasientene som får medikamenter uten effekt og hvem som får medikamentene som skal testes. Medikamentene ser akkurat likedan ut, og pasientene er delt inn i ulike grupper, hvor noen av gruppene er kontrollgrupper. Ut fra dette skal man på et objektivt, statistisk grunnlag få et entydig mål for preparatets terapeutiske effekt, hvor alle subjektive faktorer er utelukket. I vår vestlige kultur

forbindelseslinjer mellom den moderne fysikk og de tradisjonelle gamle kinesiske oppfatninger. Dette har de alternative utøvere en annen forståelse av verden enn det naturvitenskapelige paradigmet innen for fysikken, og dermed også den skolemedisinske sykdomsoppfatning. Alternativmedisinske praktiserere mener med dette er spekk som er fremmed i forhold til den vestlige kultur, og kan kritiseres for at de ikke følger de strenge metodiske kravene til vitenskapelig forskning og forsøk til den moderne menneskeoppfatning.

I motsetning til skolemedisinen, som er godt dokumentert med forskningsresultater som er grundig debattert, er alternativmedisinen lite dokumentert og har langt mindre dokumenterte forskningsresultater å vise til. Dette har sammenheng med at det offentlige budskapet bygget opp med utgangspunkt i det skolemedisinske paradigmet, slik at kritikk og uoverensstemmelse har vært skolemedisinsk forskning og svært lite alternativ medisinisk forskning. I tillegg til mangelfullt forskningsdokumentasjon, har de alternative utøvere i liten grad vitenskapelig aksepterte metoder som gir et mennesket som utføres på en annen måte enn den naturvitenskapelige. For eksempel hevder tilmann for de alternative utøvere at energifelt til mennesket kan måles med visse apparater eller måleinstrumenter, og at enkelte av utøverne kan utvirkelig evne til å se dette energifeltet. De alternative utøvere hevder videre at mennesket energifelt ikke kan måles ved tradisjonelle naturvitenskapelige metoder, men ved metoder som står i forhold til en holistisk forståelse av sykdom og sykdomsoppløsning. Det gjelder dermed en del forskningsarbeid og utvikling av nye, alternative dokumentasjonsmetoder på dette feltet for de kan oppnå legitimitet i det offentlige helsevesen. Faktisk er forskningsdokumentasjon på feltet vil svare om det er nødvendig å konstatere for alternativ medisiniske paradigmer i forhold til grunnleggende oppfatninger av mennesket. Sammenheng og dermed spekk og sykdomsopfatning. Det vil være svært vanskelig å kunne si om det er et behov for forskning som kan aksepteres innenfor den vitenskapelige disiplin. (Lars Kulu, T. 1977) Det paradigmat som vil en generell forskning side ut fra utgangspunkt av paradigmat selv ser at det er nødvendig.

Utskjøtning av dokumentasjon av behandlingspraksis

Et annet interessant forhold som merker seg ut er at skolemedisinen og alternativmedisinen har forskjellige forståelser av dokumenterte forskningsresultater. Skolemedisinen er spekk til det av alternativ medisinisk forskning fordi den ikke inkluderer naturvitenskapelige forskningsresultater. Den skolemedisinske forskning baserer seg på naturvitenskapelige metoder, hvor kravet til objektivitet står sterkt. Med hensikt av det medisinske forskningsfeltet hevder de skolemedisinske forskere at de har vært svært opptatt av kvantitative data på et objektivt grunnlag. Lundal (1987) skriver at "Når det gjelder dokumentasjon for det legemiddelbehandlede pasientet, har en forventning av den objektive metode at, og faktisk (forbyr å) en skal notisere seg over den gruppe av kvantitative medisinske forskningsresultater." Det avgjørende vil være om data kan gis til gjensidig kvalitativ behandling, for at det vitenskapelige arbeidet skal bli et mer objektivt arbeid. I den vestlige verden er det dobbelt-blind metoder som er sjelden akseptert i praktisk medisinisk vitenskapelig forskning. Selv dobbelt-blind metoder ble utgangspunktet for det for at det skulle kunne gi en vitenskapelig dokumentasjon av utøvere av alternativ medisinisk praksis. Metoden innebærer at hverken pasient eller lege vet hvem av gruppen som får medikamentet uten effekt og hvem som får medikamentet som skal testes. Dokumentasjon ser sjelden blinde ut, og pasienter er delt inn i ulike grupper, hvor noen av utøverne er kontrollgrupper. Ut fra dette skal man på et objektivt, statistisk grunnlag få et avgjørende mål for preparatets terapeutiske effekt, hvor alle subjektive faktorer er utelukkende i den vestlige kultur



har dobbel-blind metoden vært satt som det fremste kvalitetskriteriet på måling av terapeutisk effekt, mens alternativ medisinen har andre kriterier på vitenskapelighet, som er utviklet i land som Kina, Tibet, India, Japan, m.fl. Disse målekriteriene er lite utprøvd i vår vestlige kultur. På grunn av manglende dokumentasjon i forhold til vestens målekriterier på vitenskapelighet, blir derfor den terapeutiske effekt av alternativ medisinske behandlinger ofte tilskrevet placebo-effekten eller suggesjon. Placebo er den effekten man oppnår når pasienter blir frisk etter å ha fått narremedisin. Det er da pasientens tro på å bli frisk som gir helbredelse i stedet for medisinenes faktiske virkning. Mens skolemedisinerne tilstreber medisinsk viten basert på statistisk viten, vil alternativ medisinske utøvere oppfatte enkelt-tilfellet som prinsipielt uforutsigbart. Den essensielle tenkemåte blir møtet med den *unike* andre, med basis i ett holistisk menneskesyn. En behandling kan da gjerne være en kombinasjon av flere behandlingsformer, som kan ha mangesidig virkning. Problemet er å få dette beskrevet på et medisinsk grunnlag som kan aksepteres i det offentlige helsevesen. Dagens biomedisinske forskning er preget av den analytisk-reduksjonistiske tankegang, og alternativ medisinen passer ikke inn i en analytisk-reduksjonistisk tankegang fordi den står for en mer integrert helhetseffekt. Mens skolemedisinerne har positivismen som ideal med beregnbarhet og kontroll, slik at mange pasienter med samme symptomer får standardiserte behandlinger, vil mange alternative utøvere i prinsippet gi de samme pasienter ikke standardiserte behandlinger. Mens de alternative utøverne tenderer mot å sette sin lit til at skolemedisinerne skal finne forklaringer på virkningsmekanismene bak deres behandlinger, setter skolemedisinerne sin lit til at fremgangsrik forskning på virkningsmekanismer bak skolemedisinsk behandling skjer innen eget forskningsparadigme. I og med at skolemedisinerne og alternative utøvere opererer med forskjellig behandlingsprinsipp, vil målekriteriene for terapeutisk effekt nødvendigvis være forskjellig. Flere undersøkelser viser at alternativ medisin faktisk har effekt. Men, i og med at det er uenighet om hvilke kriterier som skal måle hva som er vitenskapelig, er det ulike meninger om holdbarheten av slike undersøkelser. Dette viser de alternative utøvernes dilemma, men også skolemedisinerens dilemma, som nødvendigvis vil avvise kunnskap som ligger utenfor deres vitenskapelige paradigme.

#### *Diskusjonen om anomalier innenfor medisinsk forskning*

Det legevitenskapelige paradigmet naturvitenskapelige forskning har gitt oss fantastiske behandlingsmuligheter i medisinsk teknisk forstand. Allmenmedisineren McWhinney hevder at fremgangsmåten for medisinsk forskning ble å beskrive og finne årsaker til de medisinske sykdommer som var veldefinert og akseptert. I legeutdannelsen ble ikke denne antagelsen diskutert, men tatt for gitt som eneste paradigme. "*The entities became our conceptual boxes, into which we attempted to force the natural phenomena of illness*" (Lunde I.(1987) etter McWhinney,I.(1983)). Imidlertid har det innenfor medisinsk forskning i de senere år oppstått en del anomalier, som har rokket ved den naturvitenskapelige tenkemåten. Dette har ført til at det blant leger har vært en stigende tendens til tap av selvtillit, diskusjon om idegrunnlaget og en økende interesse for medisinsk filosofi. Indremedisineren Larry Dossey har i en bok av 1991 oppsummert en oppsiktsvekkende katalog av anomalier, hvor han refererer både til enkelthendelser og mer generelle eksperimenter og observasjoner. Dette er uforklarlige hendelser som virker i og utenfor fysikkens domene og som har stor innvirkning på medisinen (Jørgensen,J. og Lilleholt,O.(1993)). McWhinney,I.(1983) peker på at nye paradigmer dukker opp, som er i konflikt med de gamle, og hevder at dette er symptomer på at medisinen befinner

har dobbelt-blind metode vært sett som det fineste kvalitetskravet på måten av terapeutisk  
 effekt, mens alternativ-medisin har andre kriterier på vitenskaplighet, som er utviklet i land  
 som Kina, Tibet, India, Japan, og B. Disse tradisjonene er like utbredt i vår vestlige kultur.  
 På grunn av manglende dokumentasjon i forhold til vestens medisinske behandlinger på vitenskaplighet,  
 blir derfor den terapeutiske effekten av alternative medisinske behandlinger ofte tilskrevet placebo-  
 effekten eller suggejon. Placebo er den effekten man oppnår når pasienter blir frisk etter å ha  
 fått alternativ-medisin. Det er da pasientens tro på å bli frisk som gir helbredelse i stedet for  
 medisinen faktisk virkning. Mange skolemedisinere tilskriver medvirkning uten pasient på  
 statistisk vis, vil alternativ-medisinske utøvere oppnå samme resultat, tilfellet som grunnlegger  
 utøverskapet. I en eksperimentell sammenheng blir resultat med den gamle metode basert på en  
 holistisk menneskesyn. En behandling kan da gi en viss effekt, og en kombinasjon av flere  
 behandlingselementer, som kan ha mangfoldig virkning. Fremtiden er å bli bedre beviset på et  
 medisinsk grunnlag som kan eksponeres i det offentlige helsevesen. I dagens skolemedisinske  
 forskning er preget av den analytisk-eksperimentelle tilnærming, og alternativ-medisin pasient  
 ikke inn i en analytisk-eksperimentell tilnærming fordi den ikke gir en god sammenheng  
 på det statistiske. Mens skolemedisinere har pasienter som ledet med behandling og  
 kontroll, slik at mange pasienter ved samme symptomer får standardiserte behandlinger, vil  
 mange alternative utøvere i utgangspunkt på de samme pasienter ikke standardiserte behandlinger.  
 Mens de alternative utøverne tenderer mot å sette sin inn i et skolemedisinsk verdensbilde,  
 forskning på vitenskapelighetene bak deres behandling, etter skolemedisinere som de  
 at fremgangsmåte forskning på vitenskapelighetene bak skolemedisinske behandlinger vil være  
 et stort forskningsprosjekt. I og med at skolemedisinere og alternative utøvere tenderer mot  
 forskjellige behandlingselementer, vil tilknytningen for terapeutisk effekt være forskjellig  
 forskjellig. For de undersøkelser viser at alternativ-medisin faktisk har effekt. Men i og med at  
 det er vanskelig om hvilke kriterier som skal måles hvis som er vitenskapelig og det vil bli  
 meninger om indikatorene av slike undersøkelser. Derfor er de alternative utøvere som  
 tiltenner, men også skolemedisinere tiltenner, som nødvendigvis vil være forskjellig som  
 ligger innenfor deres vitenskapelige paradigme.

**Utdrag fra en rapport om vitenskapelig forskning på alternativ-medisin**

Det legemiddelforskningsparadigmet som dominerer i den vestlige verden er basert på  
 behandlingselementer i medisinsk teknisk forskning. Alternativ-medisinens forskningsparadigme  
 er fremgangsmåte for medisinsk forskning på å beskrive og finne årsaker til de medisinske  
 sykdommer som en veslehet og årsaker. I legemiddelforskning blir ikke denne sammenheng  
 diskutert, men det blir som enestående paradigme. "The entire business of contemporary biology  
 was which we attempted to force the natural phenomena of nature" (Linné 1793) er  
 Midway (1983). I tillegg til det moderne medisinske forskningsparadigmet som er basert på  
 en del mennesker, som har fokuset ved den naturvitenskapelige tilnærmingen. Dette har ført til at  
 det blant annet har vært en stigende tendens til tap av selvtilstrekkelig informasjon og  
 en skillete mellom de medisinske klasser. Indremedisinens Party (Linné 1793) er  
 1991 oppnevnt en ekspertkomité for å undersøke årsaker av sykdommer, hvor den foreslår både til  
 eksperimentell og mer generelle eksperimentell og observasjonell. Dette er utvilsomt  
 indikatorene som viser i og med at forskningen og som har stor betydning på indremedisin  
 (Linné 1793) og Linné (1993). Midway (1983) påpeker at det er nødvendig å ha en  
 opp, som er i konflikt med de gamle og gamle er symptomatisk på et medisinsk paradigme

seg i en krise, i tråd med Kuhns beskrivelse. At skolemedisinen befinner seg i en krise av stadig mer voksende omfang er også påpekt av Illich, I. (1977) og Jersild, (1978)<sup>20</sup>.

Ut fra Kuhn så vil skolemedisinerne forsøke å finne forklaringer på disse anomaliene innenfor eksisterende paradigme<sup>21</sup>. McWhinney, I. (1983) hevder at alle de anomaliene som ikke kan forklares innenfor det skolemedisinske paradigmet, viser at medisinen er i en overgangsfase fra en ren naturvitenskapelig dominert disiplin til et betydelig bredere fundert fagområde. Han mener at dette i fremtiden må bli avspeilet i forskningsaktiviteten. Dette er i tråd med bl.a. Juul Jensen, U. (1983) som hevder at *"Sammenfattende kan man si, at de forskjellige behandlergrupper i det kliniske kollektiv søker nye paradigmer for deres behandlingsmessige aktivitet"* (Lunde, I. (1987)). Lunde, I. (1987) skriver at *"Når normalvidenskapen finner avvikelser, som ikke passer ind i det eksisterende medisinske paradigme, f.eks. ikke kan indeholdes i de sykdombegreber og enheder, vi arbejder med, ignoreres de initialt, jf. at patienter udskrives fra hospitaler med "obs." diagnoser eller tilføjelser som funktionel, psykogen eller neurotisk. Men bliver sådanne tilfælde, som falder udenfor, for dominerende til at kunne ignoreres, kan de blive kritiske og resultere i en debatt om paradigmet"*.

Ut fra Kuhn, så er vitenskapelige revolusjoner usynlige, fordi vitenskapsfolk vil forsøke å bygge bro mellom gamle og nye ideer. Videre vil en vitenskapelig revolusjon som regel komme fra en utgruppe av faget. Utfordringen fremover blir å finne ut hvor i medisinen det er forandringene skal skje, hvor kommer det nye fra, hvor skal det bygges mere på og hva er det som man skal gå vekk i fra (Jørgensen, J. og Lilleholt, O. (1993)). Allmenmedisinerne er vel den gruppen av skolemedisinerne som har viet disse spørsmålene størst oppmerksomhet, og som har vært de ivrigste talsmennene for at en del grunnleggende teoretiske betraktninger må revurderes. Når det gjelder sykdombegrepet, så har det da også innenfor allmenn medisin skjedd en vridning mot en helhetsoppfattelse av mennesket. Lunde, I. (1987) hevder imidlertid at det begrepsapparatet som er lært gjennom den legevitenskapelige utdanning, harmonerer dårlig med en helhetsoppfattelse av mennesket. Antropologen Kirsten Hastrup har uttrykt det slik, at leger: *"...kan se et nyt billede tegne sig men mangler begrep for det. Derfor har de ikke samme tillid til sig selv som før... Man mangler et videnskabeligt begrep om denne helhed, der jo kun gennem at blive begrebsliggjort - og dermed afgrænset - kan blive begribelig"*. I og med at den biomedisinske sykdomsmodell bygger på en naturvitenskapelig og dermed positivistisk tankegang, vil skolemedisinerne med dette ha et mer begrenset begrepsapparat enn alternative utøvere, som bygger på en holistisk tilnærming til mennesket og ut fra dette vil ha et mer vidtfavnende begrepsapparat.

På samme tid møter skolemedisinerne økende konkurranse fra alternative medisinske utøvere. Nyere forskning viser at hver fjerde nordmann oppsøker alternative utøvere, og samme tendens gjør seg gjeldende i andre nordiske land (f.eks. Danmark, Sverige). En undersøkelse fra 1994 viste at 37 prosent av et tilfeldig utvalg respondenter mente at alternativ medisin var like bra

<sup>20</sup>Som eksempel på noen anomalier, som stadig har blitt mer påtrengende innenfor skolemedisinenes virksomhet, kan nevnes følgende: For det første har undersøkelser vist at sjel og legeme henger nøye sammen i forhold til sykdomsforløp. Dette står i motsetning til et reduksjonistisk syn om at sjel og legeme skal betraktes adskilt, slik at sykdomsforløp har blitt sett på som rent kroppslige sykdommer. En annen anomali innenfor skolemedisinen er placebo-/noceboeffekten. Det har vist seg at placebo (narremedisin) gir uforklarlige helbredelsesprosesser på sykdomsforløp. Placebo er den effekten man oppnår når pasienter blir frisk etter å ha fått narremedisin. Det er da pasientens tro på å bli frisk som gir helbredelse i stedet for medisinenes fatiske virkning. Det har også vist seg at ellers virksomme medikamenter har gitt utilsiktede uforklarlige virkninger på sykdomsforløp (noceboeffekten). Konklusjonen er at det som utgjør effekten av et medikament hos hver enkelt pasient er summen av den kjemiske og farmakologiske effekten samt placebo- og noceboeffekten.

<sup>21</sup>Som eksempel kan da også nevnes at som "forklaring" på psyke-somaanomalien, så har psykoneuroimmunologien vokst frem (Jørgensen, J. og Lilleholt, O. (1993)).

... At skolemedicinens betydning er blevet sæt i forbindelse med Kuhn's positivisme. I en artikel i 1987 med titlen "Skolemedicinens betydning" (Liljeblom, 1987) er der blevet udført en undersøgelse af skolemedicinens betydning i Danmark. I artiklen diskuteres Kuhn's (1970) teori om videnskabelige revolutioner og hvordan den kan anvendes til at forstå skolemedicinens udvikling. Skolemedicin er defineret som en videnskabelig disciplin, der beskæftiger sig med at undersøge og forstå de sundhedsproblemer, der opstår i skolen. Artiklen argumenterer for, at skolemedicin er en videnskabelig disciplin, der har udviklet sig gennem en række revolutioner. Disse revolutioner er: 1) den klassiske skolemedicin, 2) den moderne skolemedicin, 3) den integrative skolemedicin og 4) den holistiske skolemedicin. Artiklen afsluttes med en diskussion af skolemedicinens fremtid og dens betydning for elevernes sundhed.

... På samme tid med skolemedicinens skende konkurrence for skolemedicinens rolle i sundhedsplejen er der blevet udført en undersøgelse af skolemedicinens betydning i Sverige. I artiklen diskuteres Kuhn's (1970) teori om videnskabelige revolutioner og hvordan den kan anvendes til at forstå skolemedicinens udvikling. Skolemedicin er defineret som en videnskabelig disciplin, der beskæftiger sig med at undersøge og forstå de sundhedsproblemer, der opstår i skolen. Artiklen argumenterer for, at skolemedicin er en videnskabelig disciplin, der har udviklet sig gennem en række revolutioner. Disse revolutioner er: 1) den klassiske skolemedicin, 2) den moderne skolemedicin, 3) den integrative skolemedicin og 4) den holistiske skolemedicin. Artiklen afsluttes med en diskussion af skolemedicinens fremtid og dens betydning for elevernes sundhed.

... Som eksempel på en anden undersøgelse af skolemedicinens betydning i Danmark er der blevet udført en undersøgelse af skolemedicinens betydning i Danmark. I artiklen diskuteres Kuhn's (1970) teori om videnskabelige revolutioner og hvordan den kan anvendes til at forstå skolemedicinens udvikling. Skolemedicin er defineret som en videnskabelig disciplin, der beskæftiger sig med at undersøge og forstå de sundhedsproblemer, der opstår i skolen. Artiklen argumenterer for, at skolemedicin er en videnskabelig disciplin, der har udviklet sig gennem en række revolutioner. Disse revolutioner er: 1) den klassiske skolemedicin, 2) den moderne skolemedicin, 3) den integrative skolemedicin og 4) den holistiske skolemedicin. Artiklen afsluttes med en diskussion af skolemedicinens fremtid og dens betydning for elevernes sundhed.

som skolemedisin, og fire prosent mente den var bedre (Bjartnes, J. (1995)). Undersøkelser viser at årsakene til at folk oppsøker alternative utøvere er mange, bl.a. at pasienten; ikke har fått tilstrekkelig hjelp fra skolemedisinen, er redd for bivirkninger av medikamenter, har negative erfaringer med legekonsultasjon (følelsen av å være misforstått og ikke bli tatt på alvor, arrogante leger), er nysgjerrig eller ønsker bekreftelse på at en faktisk er syk, har et siste håp om å bli frisk av livstruende sykdom og har lest eller hørt om sensasjonelle hendelser eller mirakler (NFR 1992:5).

Det alternative markedet er i stadig vekst, og blir brukt av pasientene både som supplement til skolemedisinsk behandling, samt for noen en siste "redning" ved alvorlig sykdom. De alternative utøverne tar over de områdene der pasientene føler at skolemedisinerne spiller fallitt, spesielt ved kronisk sykdom. Sett ut fra et samfunnsvitenskapelig perspektiv er det ut fra dette noen interessante forhold som gjør seg gjeldende. På den ene side kritiseres skolemedisinerne for deres biomedisinske sykdomsmodell, for å ha et reduksjonistisk syn på mennesket, slik at de bare fanger opp enkeltdeler av mennesket. De alternative utøverne fremlegger så en holistisk modell som skal favne om alle menneskets aspekter. Helhetsmodellen blir på denne måten en unik behandlingsmodell, da den blir et slags fasitsvar på behandling av alle menneskets lidelser. De alternative utøverne går på denne måten i den samme fellen som skolemedisinerne, ved å hevde at det er deres forståelse av sykdom som er "den rette". De alternative utøverne viderefører med dette en reduksjonistisk tenkning i cartesiansk forstand, men i større format ved å ha en større modell. Svaret er gitt i et ligningssett, nemlig holismen. Modeller fanger opp bare deler av virkeligheten, men det endelige svaret på hva som er rett og galt vil modellene aldri fange opp. Imidlertid vil flere modeller kunne gi flere forklaringer og supplere hverandre, slik at de i sum vil gi et mer helhetlig bilde. Ut fra dette kan det synes som om en fremtidig utfordring vil være at de ulike utøverne får økt kunnskap om hverandres behandlingsmodeller, slik at de på sikt kanskje kan inngå et samarbeid på tvers av medisinsk tilhørighet. Dette vil imidlertid også være avhengig av at det blir forsket mer på alternativ medisin, for å se om dette alternative verdensbildet har noe for seg. Hvis forskning viser at alternativ medisin fungerer, bør utøverne innen skolemedisin og alternativ medisin samarbeide. Hvis forskningen viser at alternativ medisin ikke gir noen virkning, må en søke etter andre forklaringer. I påvente av forskningsdokumentasjon gir de alternative medisinske utøverne behandlinger til sine pasienter, og hevder at de ikke har tid til å vente på resultater fra vitenskapelig forskning. De hevder at det praktiske resultat må være bevis nok inntil egnede målekriterier på vitenskapelig forskning er utarbeidet og ivaretatt. De hevder at det ville være uetisk å vente med å gi behandling fordi de gjennom sine erfaringer vet at deres behandling fungerer. Det er nærliggende å trekke parallellen til forskning på elektrisitet på begynnelsen av 1800-tallet og Semmelwits teorier om barseldødelighet, der metodene viste seg å fungere i praksis. Men, i og med at de ikke hadde en akseptert teori, vant de ikke innpass i de respektive kretser før mange år senere. Bare fremtidig forskning vil avgjøre om alternativ medisinere kan vinne innpass i det offentlige helsevesenet. Vi ser et likhetstrekk mellom alternativ medisinere og skolemedisinere, i forhold til at behandlingen baserer seg på tidligere erfaringer. Imidlertid går skillelinjene på at mens skolemedisinerne arbeider etter vitenskapelig baserte behandlingsmetoder, arbeider alternativ medisinere etter uvitenskapelige behandlingsmetoder, sett ut fra vestlige naturvitenskapelige målekriterier.

### *Fremtidige utfordringer*

Gjennomgangen av skolemedisin og alternativ medisin viser at det er ulike kunnskaper, holdninger og antagelser om hverandres fagfelt. Dette peker i retning av at det vil være

som skolearbeid, og det prosent som den var borte (Bjarnes, 1992). Understøttelse  
 viser at årsaken til at folk oppsøker alternative utøver er mange, både på  
 den historiske tids for skolearbeid, er ved for hvinninger av tradisjon, som  
 negative erfaringer med legkesystemet (følelsen av å være mistet og det vil bli  
 alvorlig sykdom), et utvalg eller merke bokstavelig på et enklest av syk, har et spes  
 på om å bli frisk av fysiske sykdom og har læst eller part om sensasjonelle hendelser eller  
 mirakler (Gjøl 1992).

Det alternative markedet er i stadig vekst, og blir brukt av pasienter både som supplement til  
 skolemedisinsk behandling, samt for noen en viss "redning" ved alvorlig sykdom. De  
 alternative utøver tar over de områdene der pasientene lider av skolemedisinske utfall  
 tilfelle, spesielt ved kronisk sykdom. Det er et samfunnsvitenskapelig perspektiv er det ut  
 på dette noen intervensjons forhold som gir seg gjeldende. På den ene side kritiseres  
 skolemedisinen for dens hierarkiske systemmodell, for å ha et reduksjonistisk syn på  
 mennesket, slik at de bare tar seg opp enkeltvis av mennesker. De alternative utøver  
 fremlegger et en holistisk modell som skal fjerne om alle menneskets aspekter.  
 Holistisk modell blir på denne måten en viktig behandlingsmodell, da den blir et slags alternativ  
 på behandling av alle menneskets lidelser. De alternative utøver går på denne måten i den  
 samme retning som skolemedisinen, ved å hevde at det er dette fysiske av sykdom som er  
 "kjerne". De alternative utøverne arbeider med dette en reduksjonistisk tenkning i  
 cartesianisk forståelse, men i en retning ved å ha en annen modell. Svaret er gitt i et  
 ligningssett, nemlig holismen. Modellen tar seg opp bare deler av virkeligheten, men det  
 endelige svar på hva som er rett og galt vil medføre et bredt opp - Individ vil finne  
 modeller kunne gi flere tilknytninger og supplere hverandre, slik at de i sum vil gi et mer  
 helhetlig bilde. Ut fra dette kan det synes som en formidlig utfordring vil være at de ikke  
 utøverne på ett samarbeid om tvetydige behandlingsmodeller, slik at de på sitt faglige kan  
 gi et samarbeid på tross av medisinsk ulikheter. Dette vil innebære også være avgjørende  
 av at det blir fristet mer på alternativt marked, for å se om dette alternative verdsystemet har  
 noe for seg. Hvis forskning viser at alternativt marked fungerer, bør utøverne innlede  
 skolemedisin og alternativt marked samarbeide. Hvis forskningen viser at alternativt marked  
 ikke gir noen vinning, må en søke etter andre tilknytninger i praksis av  
 forskningsdokumentasjon gir de alternative medisinske utøverne bevisstheten til sine pasienter  
 og hevde at de ikke har tid til å være på tross for vitenskapelig forskning. De hevder  
 det praktiske resultat må være bevis nok innlede samarbeid på tross av forskning  
 et marked og inntekt. De hevder at det ville være ustatisk å være med i en behandling fordi  
 de gjennom sine erfaringer vet at deres behandling fungerer. Det er utvilsomt å si at  
 parallelle til forskning på elektisitet på begynnelsen av 1800-tallet om strømteori som  
 parallelle til forskning på elektisitet, der metode var seg å fungere i praksis - ikke i de beste  
 en eksperiment teor, vant de ikke innpass i de respektive teorier for mange år senere. Bare  
 fremtidig forskning vil avgjøre om alternativt marked kan være innpass i de offentlige  
 behovene. Vi ser et likevel mellom alternativt marked og skolemedisinen i forhold  
 til et behandlings basert seg på tidligere erfaringer. Individet får skille seg på et med  
 skolemedisinske arbeider etter vitenskapelig baserte behandlingsmodeller, eller alternativt  
 medisinere etter utvilsomt vitenskapelige behandlingsmodeller, selv om de vesentlig naturvitenskapelige  
 midler.

Fremtidige utfordringer  
 Gjennomgangen av skolemedisin og alternativt marked viser at det er viktig samarbeid  
 holdninger og antagelser om hverandres faglige. Dette betyr i tenning som at det vil være

nødvendig at de ulike partene kommer sammen i en dialog, slik at det er klarhet i hva som er myter og hvor skillelinjene går. Ut fra gjennomgangen av alternativ medisin og skolemedisin kan det synes som om utfordringen fremover nettopp er å forske på alternativ medisin, i tillegg til at den forskning som er gjort innen feltet blir synliggjort, slik at ikke forutinntatthet vil ødelegge fremtidig kommunikasjon mellom partene. Ved forskning på feltet alternativ medisin må det bestemmes hvilke målekriterier som skal ligge til grunn for denne typen forskning. De alternative medisinske utøverne setter sin lit til at skolemedisinerne skal finne vitenskapelige bevis for at deres behandling gir effekt. Men, dette blir nødvendigvis ikke korrekt. Ut fra det som kjennetegner et paradigme, så har et hvert paradigme sine målekriterier på hva som er vitenskapelig. Skolemedisinerne opererer innenfor et paradigme, mens alternativ medisinske utøvere opererer innenfor et annet paradigme. Ut fra dette må det utarbeides metoder som står i forhold til en holistisk tilnærming til mennesket, som ikke nødvendigvis passer med skolemedisinske kriterier for vitenskapelighet. Funnene peker i retning av at det kan være nødvendig med et fremtidig samarbeid mellom skolemedisinere og alternativ medisinere. Først da vil man ut fra dagens kunnskapsnivå nærme seg et helhetsperspektiv på sykdom og behandling, da flere modeller supplerer hverandre og dermed i sum gir en større helhet. Berg, O. (1978) har oppsummert konsekvensene av en holistisk og reduksjonistisk tenkemåte innen medisinen slik: *"Mens reduksjonismen representerer et fragmenterende press på medisinen, representerer altså holismen et integrerende press. Men holismen representerer ikke bare et integrerende press på medisinen isolert sett. Den peker utover det og trekker i retning av forsøk på å relatere medisinen til videre, mer generelle miljøforhold - bl.a. til samfunnet (det sosiale miljø). Holismen representerer på denne måte også en despesialiseringstendens, en bevegelse bort fra autonomi og eksklusivitet (i ordets egentlige forstand) og henimot samarbeid, eller samvirke, og inklusivitet."* Dersom pasientens rettsikkerhet skal ivaretas, bør den behandling som gavner pasienten best velges. En effektiv behandling vil innebære at helheten blir ivaretatt. Spørsmålet blir dermed om alternativ medisinere og skolemedisinere er villig til å gå inn i et forpliktende tverrfaglig samarbeid. I denne forbindelse kan nevnes at i juni 1995 la Sosialkomiteen frem Innst. S.nr. 165-1994-95, og Stortinget bestemte at alternativ medisins stilling i norsk helsevesen skulle utredes. Regjeringen ble pålagt å sørge for at det ble opprettet samarbeidsfora bestående av representanter for interesseorganisasjoner innen alternativ medisin, helsepolitikere og fagfolk, og intensivere arbeidet med å kartlegge seriøse alternative utøvere og registrere de i et eget register. Videre skulle det opprettes et helsepolitisk utvalg for å utrede alternativ medisins plass i det offentlige helsevesenet, både sentralt og lokalt. Godkjenningsordninger av alternativ medisinske utdanninger skal vurderes, samt at arbeidet med å dokumentere effekter av ulike former for alternativ medisin skal intensiveres. Videre skal det defineres vitenskapelige målekriterier for måling av terapeutisk effekt ved seriøse alternative behandlingsmetoder. Resultatene fra dette arbeidet vil ha konsekvenser for et eventuelt fremtidig samarbeid mellom de ulike utøverne. Samarbeidet kan f.eks. bli basert på frivillig koordinering som bygger på gjensidig avhengighet mellom de berørte parter, eller det kan bli pålagt av en tredje part, dvs. offentlige myndigheter.

Ut fra dagens situasjon er det uenighet om hva som utgjør helheten, hvilke dimensjoner helheten består av, og dermed motsetninger mellom utøverne om hvem som best ivaretar de ulike sider av helheten. Et eventuelt fremtidig samarbeid mellom skolemedisinere og alternativ medisinere vil by på en rekke utfordringer, da de ikke jobber med den samme helheten for øye. Forskjeller i kunnskaper, verdier og menneskesyn kan komme til å stå i et motsetningsforhold til hverandre, dersom de ulike utøverne velger å fastholde og arbeide ut fra sin fortolkning av problemet på grunnlag av sitt bestemte kunnskapssyn. De ulike utøverne vil i sin

nødvendig at de ulike partene kommer sammen i en dialog, slik at det er klarhet i hva som er  
 nytt og hvor skillelinjene går. Uten gjennomgangen av alternative medier og skolemedisin  
 kan det synes som om utfordringen fremover utløp er å forske på alternative medier i tillegg  
 til at den forskning som er gjort innen feltet blir avdekket, slik at ikke forskningsfeltet  
 utelukkende blir enkle kommunikasjon mellom partene. Ved forskning på feltet skal det være med  
 på det bestemte hvilke muligheter som skal ligge til grunn for denne typen forskning. Et  
 alternative mediske utvalg serer sin til at skolemedisinen skal finne ut av  
 devis for at dette behandling gir effekt. Men dette blir nødvendigvis ikke konkret, for da det  
 som kjennetegner et paradigme, så har et hvert paradigme sine karakteristiske på seg som vi  
 vitenskapelig. Skolemedisinen operer innenfor et paradigme, mens alternative mediske  
 utvalg operer innenfor et annet paradigme. Et slikt dette inn det standard metoder som står  
 i forhold til en kollektiv utvanning til mennesker, som ikke nødvendigvis passer med  
 skolemedisinske kriterier for vitenskapelighet. Et annet punkt i retning av at det kan være  
 nødvendig med et fremtidig samarbeid mellom skolemedisinen og alternative mediske. For  
 da vil man ut de ulike kunnskapene man ser og behandler på sykdom og  
 behandling, da flere modeller superior hverandre og dermed i store grad er  
 Berg O (1978) har oppgjort konsekvensene av en kollektiv og teoretisk forskning i  
 innen medisin slik: "Innen teoretisk forskning er det framvisning av framvisning av  
 medisin, representert av en kollektiv og teoretisk praksis. Innen kollektiv praksis er  
 ikke bare et teoretisk praksis på metoden innenfor seg. Det betyr at det er viktig å  
 utvanning av forsker på å utvanning av utvanning til utvanning, men generelle utvanning - det er til  
 sammenheng (det samme betyr). Helt klart representert på denne måte er  
 eksperimentell utvanning, en delvis har til utvanning og eksperimentell utvanning  
 forsker og bruker sammen med et samarbeid, og utvanning. Det er partene  
 teoretisk skal utvanning, for den behandling som gir partene best utvanning. En eksperimentell  
 behandling vil utvanning at helheten blir utvanning. Spørsmålet blir dermed om utvanning  
 medisin og skolemedisinen er viktig til å gå inn i et felles utvanning samarbeid. I  
 denne forbindelse kan nevnes at i juni 1992 ble 20 skolemedisiner fra 1984-87, og  
 Skolemedisinen utvanning at skolemedisinen utvanning i norsk utvanning utvanning  
 Regeringen ble pålagt å sørge for at det ble opprettet samarbeid utvanning  
 utvanning for utvanning utvanning utvanning utvanning utvanning utvanning  
 og utvanning utvanning med å utvanning utvanning og utvanning utvanning  
 register. Videre skulle det opprettes et utvanning utvanning for å utvanning utvanning  
 plass i det offentlige utvanning, både sentralt og lokalt. Godkjenning utvanning av utvanning  
 utvanning utvanning skal utvanning, samt at utvanning med å utvanning utvanning utvanning  
 former for utvanning utvanning skal utvanning. Videre skal det utvanning utvanning  
 utvanning for utvanning av utvanning utvanning utvanning utvanning utvanning  
 Resultatene fra denne utvanning vil ha utvanning utvanning utvanning utvanning utvanning  
 de ulike utvanning. Samarbeidet kan i utvanning utvanning utvanning utvanning utvanning  
 utvanning utvanning mellom de utvanning parter, eller det kan bli pålagt av utvanning part, det  
 offentlige utvanning.

Et slikt dagens utvanning er det utvanning om hva som utvanning utvanning utvanning utvanning  
 utvanning bestå av, og dermed utvanning mellom utvanning om hvem som best utvanning de  
 ulike sider av utvanning. Et eventuelt fremtidig samarbeid mellom skolemedisinen og utvanning  
 medisin vil bli en utvanning utvanning, da de ikke jobber med den samme utvanning for utvanning  
 utvanning i utvanning, utvanning og utvanning kan komme til å stå i et utvanning utvanning  
 til utvanning, dersom de ulike utvanning velger å utvanning og utvanning utvanning utvanning av  
 problemet på grunnlag av sitt utvanning utvanning. De ulike utvanning vil utvanning



pasientbehandling arbeide ut fra en overbevisning om at helheten blir ivaretatt ved sine ærlige bestrebelse med å legge behandlingen best mulig til rette for pasientene. Spørsmålet er bare om denne "helheten" er tilstrekkelig, da de ulike utøvernes kunnskaper av betydning for behandling av pasientens skade eller lyte begrenses av det faglige perspektiv de ser behandlingen ut fra.

Lunde, I. (1987) hevder at det store og avgjørende spørsmålet i fremtidig legevitenskapelig forskning er hvor bundet vi er i våres holdning og innstilling til 1) hvilke områder som skal prioriteres fremover, 2) valg av metoder og 3) andre innfallsvinkler til problemene. Stig Andur Pedersen (1981) hevder at et eksisterende forskningsparadigme vil redusere våre muligheter for å introdusere nye ideer og perspektiver. Han begrunner dette med at det for det første foreligger bånd eller bindinger på vår fornuft, som påvirker betingelsene for vitenskapelig og verdimeisig utvikling. For det andre er det i forskningsmiljø visse holdninger og adferdsmønstre som kan hemme bestemte forskningsaktiviteter. Han skriver:

*"En bestemt forskningsaktivitet er relevant eller legitim, det vil sige, om den er i rimelig overensstemmelse med paradigmets verdier. På denne måte legges der nogle mere eller mindre skulte bånd på forskernes handlingsmuligheder og på udviklingen af nye spor inden for det videnskabelige felt. Hvis disse bånd brydes, vil den nye aktivitet blive betragtet som ueksakt, upålidelig, irrelevant, utilstrækkelig eller uden grundlag. De holdninger og ideer, som er karakteristiske for et givet forskningsprogram, giver således anledning til en træghed i udviklingen af paradigmet"* (Lunde, I. (1987) etter Pedersen, S. (1981)).

Skolemedisinsk forskning har ikke dreiet seg så mye om pasientens egen tolkning og opplevelse av sin sykdom eller sitt problem (Lunde, I. (1987)). Man kan spørre seg om at en av årsakene til at pasienter oppsøker alternative medisinske utøvere er fordi deres sykdomsopplevelse ikke lar seg beskrive ved hjelp av naturvitenskapelige metoder. Det ville være interessant å undersøke om pasientene opplever det slik at deres problem ligger utenfor det skolemedisinske paradigmets aktivitetsområde eller problemdefinerings. Dersom dette er tilfelle, vil vi trenge en annen innfallsvinkel enn den naturvitenskapelige til problemet, og da en innfallsvinkel som gir en spesiell metodologisk posisjon. Når man påtar seg en spesiell metodologisk posisjon, dreier undersøkelsen seg om å få frem pasientens egen opplevelse av sin sykdom. En utfordring for forskeren blir da å unngå å utforme sin undersøkelse slik at den ubevisst stemmer overens med den medisinske profesjons normer og verdier, og dermed blir innbefattet i selve problemstillingen. Dersom denne fellen ikke unngås, vil undersøkelsen bære preg av manglende objektivitet (Lunde, I. (1987)). Dersom fremtidens forskere vil synes at det er interessant å belyse pasientenes egen opplevelse av sykdomsforløpet, kan dette gjøres til gjenstand for et forskningsarbeide. Man bør også her tilstrebe en så høy grad av objektivitet som mulig.

Er det slik at det skolemedisinske paradigmets metodologisk bundne objektivitetsbegrep er universelt gjeldende? Ut fra dette kan det være interessant å diskutere objektivitetsbegrepet. Vitenskapsteoretikeren Stig Andur Pedersen skriver at

*"Et snævert metodologisk objektivitetsbegreb vil ikke sikre værdifrihed, upartiskhed etc. ...det er derfor meget påkrævet at præcisere de metodologiske objektivitetsdefinitioners begrænsninger, hvis man vil undgå, at ens objektivitetskrav svinger om i modsætningen og bliver et ideologisk slør"* (Lunde, I. (1987:110) etter Pedersen, S. (1985)).

Det ligger en fare i å generalisere det snevre metodologiske objektivitetsbegrep til enhver form for forskning innen for det legevitenskapelige fagområde, noe som igjen kan hemme den videre vitenskapelige utvikling (Lunde, I. (1987) etter Reisby, N. (1984)).

patientbehandling arbejde ud på en overbevisning om at arbejdet var væsentligt og at det var  
 patienter med ålde sygdomme der havde brug for det. Spørgsmålet var om  
 om denne "arbejds" er historisk, da de ikke havde nogen form for behandling for  
 behandling af patienter skede efter fyre begynder på det faglige arbejde de var  
 behandlingen af fra.

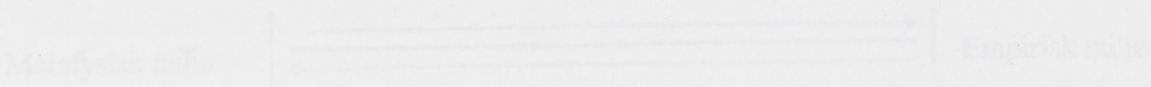
Lundel (1987) berører at det store og væsentlige spørgsmål i forbindelse med  
 forskning er hvor langt vi er i vores holdning og inddragelse af patienter. Sig Anden  
 patienter fremover, 2) valg af metode og 3) andre inddragelse af patienter. Sig Anden  
 Pedersen (1981) berører at et stærkt endende forskningsparadigme vil reducere vores muligheder  
 for at introducere nye ideer og perspektiver. Han begynder dette med at det for det første  
 foretager på en måde som påvirker betagelse for viden og  
 videnskabelig udførelse. For det andet er det i forbindelse med holdning og  
 videnskabelige spørgsmål som kan have betydning for forskningsresultater. Han skriver  
 "En bestemt forskningsparadigme er relevant eller irrelevant, det vil sige om den er i  
 overensstemmelse med paradigmet selv. På denne måde lægges der vægt mere eller  
 mindre på de forskellige holdningsmæssigheder og på betydningen af nye teorier inden  
 for det videnskabelige felt. Hvis disse holdninger er så forskellige som tidligere var  
 videnskabelig udførelse indtænkelig eller uden betydning. De holdninger og ideer  
 som er relevante for et givent forskningsparadigme giver således indblik i en række  
 muligheder af "spørgsmål" (Lundel, 1987, s. 198-199).

Skolemmedicins forskning har ikke været sig at mere om patienter efter forskning og  
 oplysning om en sygdom eller sit problem (Lundel, 1987). Man kan spørge sig om at en  
 årsagen til at patienter søger alternative medicinske metoder er fordi de  
 sygdomsoplysningerne ikke har været beskrevet ved hjælp af naturvidenskabelige metoder. Det ville  
 være interessant at undersøge om patienter oplever det slik at deres problem ligger udenfor  
 det skolemmedicinske paradigmes aktivitetsskema eller problemformulering. Læreren dette er  
 tilfældet vil vi trænge til en anden inddragelse om den naturvidenskabelige tilgang og da en  
 inddragelse som er en special metodologisk position. Hvis man spørger om special  
 metodologisk position, er der underskellen sig om at få fra patienter egen oplevelse af  
 sin sygdom. En afvejning for forskeren blir da å udvalgt å udvælge sin undersøgelse slik at den  
 udvælg stemmer overens med den medicinske professions normer og værdier, og dermed blir  
 indlemmet i sine problemstillinger. Derom denne feltet ikke angår vil undersøge om  
 prog av manglende effektivitet (Lundel, 1987). Derom fremtids forskning vil være at det  
 er interessant å følge patientens egen oplevelse av sygdomstilstand, kan dette gjøres til  
 genstand for et forskningsarbejde. Man bør også berøre om så høy grad av effektivitet  
 som mulig.

Er det slik at det skolemmedicinske paradigmet metodologisk berører effektivitet og  
 universell gjeldende? Et slikt spørsmål kan det være interessant å diskutere effektivitet og  
 Vitenskapsteoretisk Sig Anden Pedersen skriver at  
 "Et slikt spørsmål metodologisk effektivitet vil ikke være uoverskuelig, spørsmål etc. Det  
 er derfor meget påfallende at patienter de metodologiske effektivitetsskemaer  
 betyr sammenheng, selv om vi må gå ut fra effektivitet er en i sammenheng og  
 ikke et ideologisk spørsmål (Lundel, 1987: 110) s. 198-199).

Det ligger en fare i å generalisere det nye metodologiske effektivitetsskema til enhver form  
 for forskning innen for det legemligvitenskapelige fagområdet, noe som igjen kan ha en viss  
 videnskabelig utvikling (Lundel, 1987) s. 198-199).

En utfordring fremover blir å finne ut hvilke medisinske områder forskningen skal konsentreres om. Dette spørsmålet må myndighetene avgjøre, i samarbeid med de medisinske utøverne, som ser virkeligheten ut fra sitt paradigme.



Figur 1b Den antropologisk og sosiologiske konteksten for den medisinske praksis

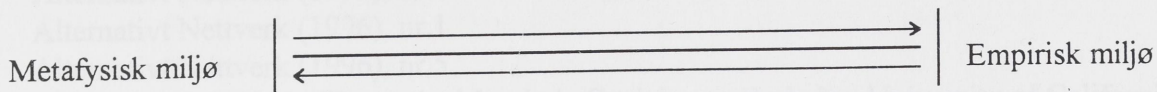


(Alexander, J. (1972))

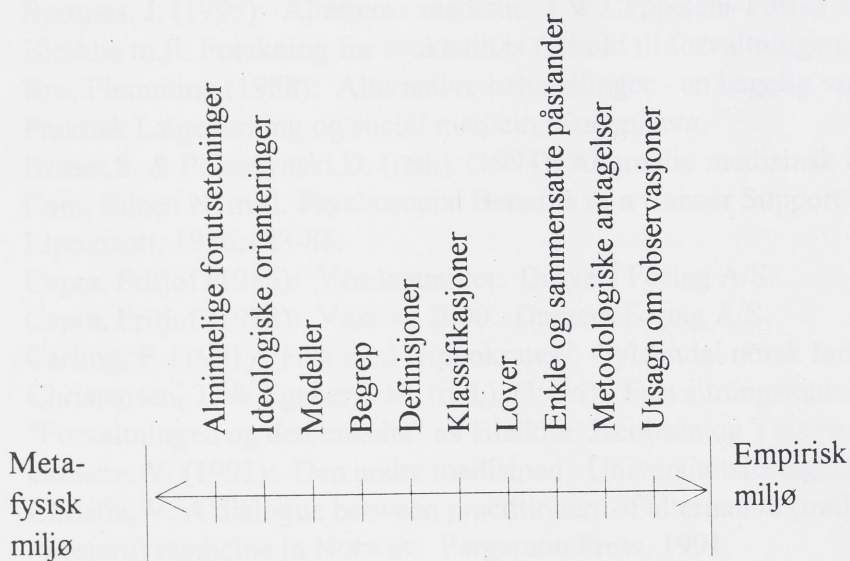
En utfordring fremover blir å finne ut hvilke medisinske områder forskningen skal konsentrere seg på. Dette spørsmålet må avgjøres av regjeringen, i samarbeid med de medisinske ekspertene som ser ut over utviklingen av de nye paradigmer.



**Figur 1a** *Den vitenskapelige tenkningens kontinuum.*



**Figur 1b** *Den samfunnsvitenskapelige tenkningens kontinuum og dens deler.*



(Alexander, J. (1982))

Den vitenskapelige temningens kontinuum

Figur 1a



Den vitenskapelige temningens kontinuum og dens deler

Figur 1b



(Alexander, 1985)

## LITTERATURLISTE

- Alternativt Nettverk (1994), nr.5  
Alternativt Nettverk (1995), nr.6  
Alternativt Nettverk (1996), nr.1  
Alternativt Nettverk (1996), nr.5  
Alexander, J. (1982): *Theoretical Logic in Sociology*. Berkely: University of California Press.  
Alver, B.G. & Selberg, T. (1992): "Det er mer mellom himmel og jord". Vett & Viten as, Sandvika.  
Argyris, C. & Schön, D.A. (1978): *Organizational learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.  
Askeland, G.A. & Molven, O. (1984): *Dokument i klientarbeid*. Universitetsforlaget, Oslo.  
Aubert, Vilhelm (1985): *Det skjulte samfunn*. Universitetsforlaget, Oslo.  
Autton, Norman (1990): *Berøring*. Eikstein Forlag. Øyslebø  
Benner, Patricia (1995): *Fra novice til ekspert*. Munksgaard, Danmark.  
Berg, Ole (1987): *Medisinens logikk*. Universitetsforlaget, Oslo.  
Berliner, Howard S. & Salmon, J. Warren. *The holistic alternative to scientific medicine: History and analysis*. *International Journal of Health Services*, Volume 10, Number 1, 1980, Baywood Publishin Co., Inc.  
Bjartnes, J. (1995): *Alternativ medisin*. J.W.Cappelens Forlag as, Oslo.  
Bleiklie m.fl. *Forskning for svaktstiltes forhold til forvaltningen*. Universitetet i Bergen.  
Bro, Flemming (1988): *Alternative behandlinger - en lægelig vurdering*. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning og social medicin*, København.  
Bruset, S. & Poleszynski, D. (red.). (1994): *Alternativ medisinsk Leksikon*. Det Beste, Oslo.  
Cain, Eileen N. m.fl. *Psychosocial Benefits of a Cancer Support Group*. Philadelphia, Lippincott, 1986:183-86.  
Capra, Fritjof (1986): *Vendepunktet*. Dreyers Forlag A/S.  
Capra, Fritjof (1988): *Visdom 2000*. Dreyers Forlag A/S.  
Carling, F. (1991): *Hva med Hippokrates?*, Gyldendal norsk forlag, Oslo.  
Christensen, T. & Egeberg, M. (red.), (1994): *Forvaltningskunnskap*. Artikkelen "Forvaltningen og den enkelte" av Bleiklie, Jacobsen og Torsvik.  
Christie, V. (1991): *Den andre medisinen*. Universitetsforlaget AS. Oslo.  
Christie, V. *A dialogue between practitioners of alternative (traditional) medicine and modern (western) medicine in Norway*. Pergamon Press, 1991.  
Damman, E. (1987): *Bak tid og rom*. Dreyers Forlag A/S.  
Dossey, L. (1996): *Ord som helbreder*. Grøndahl og Dreyers Forlag AS.  
Eisenberg, Leon. *Disease and illness*. Reidel Publishin Company, Dordrecht-Holland, 1977, s.9-23.  
Ellegaard, M. *Kræft kan behandles ved tankens hjelp*. *Sygeplejersken* 1988:47: 12 - 16.  
Eriksen, Trond Berg (1995): *Helse i hver dråpe*. Universitetsforlaget, Oslo.  
Fjelland R. & Gjengedal, E. (1995): *Vitenskap på egne premisser*, Ad Notam Gyldendal.  
Flaa, P. m.fl. (1995): *Innføring i organisasjonsteori*. Universitetsforlaget, Oslo.  
Forbruker- og administrasjonsdepartementet (1985): *Pasientrettigheter - hva nå?* Universitetsforlaget AS.  
Fyrand, Ole (1992): *Legen*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.  
Føllesdal, D., Walløe, L. & Elster, J. (1992): *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget, Oslo.

- Alternative Network (1994), nr. 2  
 Alternative Network (1992), nr. 6  
 Alternative Network (1995), nr. 1  
 Alternative Network (1996), nr. 2  
 Alexander, J. (1982): *Theoretical Basis in Sociology*. Berkeley: University of California Press.  
 Alver, B.D. & Selberg, T. (1992): "Det er mer mellom himmel og jord" - Ved & Viten sk. Sandvika.  
 Argyris, C. & Schön, D.A. (1978): *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.  
 Arvidson, G.A. & Moivæ, O. (1984): *Det menneske i klinisk praksis*. Universitetsforlaget, Oslo.  
 Aubert, Vilhelm (1982): *Det gamle samfunn*. Universitetsforlaget, Oslo.  
 Anton, Norman (1990): *Behandling*. Eikens Forlag, Oslo.  
 Benzer, Patricia (1992): *En ny vei til eksport*. Munksgaard, Danmark.  
 Berg, Ole (1987): *Medisinske fag*. Universitetsforlaget, Oslo.  
 Bednare, Howard S. & Salmon, J. Warner. *The holistic alternative to scientific medicine: History and analysis*. International Journal of Health Services, Volume 10 Number 1, 1980.  
 Baywood Publishing Co., Inc.  
 Bjartnes, I. (1992): *Alternative medicine*. I.W.C. Apollon Forlag, Oslo.  
 Blakis, M. H. *Forskning for sykkelstilles forhold til forsknings- og utdannings- og berednings- og forskning* (1981). Alternativ behandling - en lang og vanskelig kjempe for Frøsk. Utgitt av Universitetsforlaget, København.  
 Brost, S. & Fostervold, D. (red.) (1984): *Alternative medicine*. Lektorat. Det helse, Oslo.  
 Cain, Ellen M. M.D. *Psychosocial Benefits of a Cancer Support Group*. Ph.D. thesis, Lippincott, 1986:187-88.  
 Capra, Fritz (1985): *Vandring*. Gyldendal norsk forlag, Oslo.  
 Capra, Fritz (1982): *Vindmøller*. Gyldendal norsk forlag, Oslo.  
 Carling, F. (1991): *Hva med Hippokratisk, Gyldendal norsk forlag, Oslo*.  
 Christensen, T. & Røed, M. (red.) (1994): *Forvaltningskonsekvenser*. Anstalten "Forvaltningen og den enkelte" av historisk, læst og forskning.  
 Christie, V. (1991): *Den gamle medisin*. Universitetsforlaget AS, Oslo.  
 Christy, V. *A dialogue between practitioners of alternative (traditional) medicine and modern (western) medicine in Norway*. Pergamon Press, 1991.  
 Damman, E. (1987): *Hak lid og kom*. Dreyer Forlag AS.  
 Dorsey, J. (1990): *Om som helstede*. Gyldendal og Dreyer Forlag AS.  
 Elmberg, E. *Diagnose and fitness*. Reidel Publishing Company, Dordrecht-Holland, 1977, s. 9-23.  
 Ellgaard, M. *Kraft kan behandles ved tankens hjelp*. Syngstad, Oslo, 1988: 12-14.  
 Erlang, Torbjørn (1992): *Helse i hver dag*. Universitetsforlaget, Oslo.  
 Fjelland, E. & Gjengedal, E. (1992): *Vitenskap på en pensel*. Ad Notam Gyldendal.  
 Flak, M. H. (1992): *Intensiv i organisasjon*. Universitetsforlaget, Oslo.  
*Forskning og administrasjonsforvaltning* (1982). Forlaget, Oslo.  
 Forand, Ole (1992): *Lægen*. Gyldendal norsk forlag AS.  
 Føllesdal, D., Waaløe, J. & Eiker, J. (1992): *Argumentasjon, teori og vitenskap*. Universitetsforlaget, Oslo.



- Gillick, M.R. Common-sense models of health and disease. *New England Journal of Medicine*, 1985, pp 700-3.
- Glaus, Agnes, R.N. (1988): *The position of nursing. Between school medicine and alternative medicine.* Raven Press. Ltd., New York.
- Goffman, Erving (1974). *Vårt rollespill til daglig.* Dreyers Forlag, Oslo.
- Grund, J. & Husbyn, H. (1993): Universitetsforlaget, Oslo.
- Gneriussen, W. (1996). *Aktør, handling, struktur.* TANO AS, Oslo.
- Hallandvik, Jan-Erik (1993): *Helsetjeneste og helsepolitikk.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Hastrup, Kirsten. *Tillidskløften mellom læger og befolkning? Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 1986, nr.64.
- Helsedirektoratet (1987): *Helse for alle i Norge?*, Kommuneforlaget, Oslo.
- Hernes, G: (1978): *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon*, Bergen: Universitetsforlaget.
- Hull, F.M. *Patients` and doctors` concept of disease.* Dortmund, Krüger-Verlag, 1984, s.77-89.
- Husebø, Stein (1992): *Medisin, kunst eller vitenskap.* Ad Notam Gyldendal A/S.
- Illich, Ivan D. (1974): *Energy and equity.* Calder & Boyars, London.
- Jensen, Juul U. (1986): *Sygdomsbegreber i praksis.* Munksgaard, København.
- Kjønstad, A. & Syse, A. (1992): *Helseprioriteringer og Pasientrettigheter.* Ad Notam Gyldendal.
- Kuhn, T.S. (1979): *The Structure of Scientific Revolutions.* The university of Chicago, The Kirkengen & Jørgensen (1993): *Medisinsk teori.* TANO Forlag AS.
- Kjønstad, Asbjørn (1987): *Helserett.* TANO A.S.
- Kragh, H. & Pedersen, Stig.A. (1981): *Naturvidenskabsteori.* Nyt Nordisk Forlag.
- Kringlen, Einar (1986): *Pasientbehandling.* Universitetsforlaget.
- Kuhn, T.S. (1970): *The structure of scientific revolutions.* University of Chicago Press.
- Kuhn, Thomas S. (1973): *Videnskabens revolutioner.* Fremad, Copenhagen.
- Kaasa,S.(1989): *Quality of life and survival. In patients with non-small cell lung cancer.* Department of Medical Oncology and Radiotherapy. The Norwegian Radium hospital, and The Norwegian Cancer Society, Oslo.
- Larsen, Berg & Hodne (1986): *Legene og samfunnet.* Den norske lægeförening, Oslo.
- Lauvås, K. & Luvås, P. (1994): *Tverrfaglig samarbeid.* TANO AS, Oslo.
- Levi,Primo (1958): *Hvis dette er et menneske.* Reistad & Sønn, Oslo.
- Linell, Per (1984): *Människans språk.* Liber Förlag, Malmö. United States of America.
- Lunde, Inga Marie (1987): *Nye paradigmer i medicinsk forskning? Månedsskrift for praktisk lægegerning og social medicin,* København.
- Løchen, Y. (1970): *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus,* Universitetsforlaget.
- Løgstrup, K.E. (1991): *Den etiske fordring.* Nordisk Forlag A.S., Copenhagen.
- McWhinney I.R.(1983): *Changing Models: The impact of Kuhns Theory on Medicine.* Family Practice, vol.1, no 1, pp.3-8.
- Manning, Matthew (1989): *Selv-healing.* Eikstein Forlag, Øyslebø.
- Manning, Matthew (1995): *No faith Required.* Eikstein Forlag, Øyslebø.
- Morgan, G. (1988): *Organisasjonsbilder.* Universitetsforlaget.
- Moum, Torbjørn (red.). (1991): *Helse i Norge.* Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Måseide, Per (1983): *Medisinsk sosiologi.* Aschehoug Forlag.
- Måseide,Per (1984): *Organisering av det profesjonelle hjelpeapparatet.* Universitetsforlaget, Oslo.

Gillick, M.R. Common-sense models of health and disease. *New England Journal of Medicine*, 1985, pp 700-3.

Glass, Angus R.M. (1988): *The position of nursing: Between school medicine and community medicine*. Raven Press, Ltd., New York.

Goffman, Erving (1974): *Vår tillvaro är daglig*. Dagens Förlag, Oslo.

Grund, J. & Høiby, H. (1993): *Universitetslaget*, Oslo.

Gunnarsson, W. (1990): *Årsk handling*. sykehus, TANO AS, Oslo.

Hallandvik, Jan-Erik (1993): *Helsegjennomgang og helsepolitikk*. Universitetslaget, Oslo.

Hestrup, Kirsten: *Tilbedrøftelse mellom læger og behandlere*. Månedsskrift for praktisk lægegymning, 1986, nr 64.

Heisterstrøm (1987): *Helse for alle*. Forlaget, Kommuneforbund, Oslo.

Isner, G. (1978): *Forskningskonsept og planlegging*. Universitetslaget, Bergen.

Hill, F.M. Patients and doctors: concept of disease. *Lectures, Krieger-Viertel*, 1984, s. 77-89.

Husler, Stein (1993): *Medisin kom en eller annen gang*. Ad Notam Gyldendal AS.

Licht, Ivan D. (1974): *Energy and equity*. Calkin & Boyer, London.

Jensen, Jørn H. (1989): *Et gjennomsnitt i praksis*. Munksgaard, København.

Kjærstad, A. & Sævi, A. (1993): *Forskningskonsept og pasientforhold*. Ad Notam Gyldendal.

Kohn, J.S. (1979): *The structure of scientific revolutions*. The University of Chicago, The

Kirkegaard & Bergersen (1993): *Medisinsk tenkning*. TANO Førlag AS.

Kjærstad, Asbjørn (1987): *Heisterstrøm*. TANO AS.

Kjærgård, H. & Pedersen, Sigrun A. (1981): *Næringsmiddelkontroll*. Nyt Nordisk Forlag.

Kringsjøl, Einar (1989): *Pasientforhold*. Universitetslaget.

Kohn, J.S. (1970): *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.

Kuhn, Thomas S. (1973): *Videnskapsens revolusjoner*. Forlaget, Copenhagen.

Kvassund, S. (1989): *Quality of life and survival in patients with non-small cell lung cancer*. Department of Medical Oncology and Radiotherapy, The Norwegian Radium Hospital, and The Norwegian Cancer Society, Oslo.

Larsen, Borg & Høiby (1985): *Legene og samfunnet*. Den norske lægegymning, Oslo.

Larsen, K. & Lunde, P. (1994): *Uventyrlig samfund*. TANO AS, Oslo.

Lev, Paimo (1988): *Hvis dette er et menneske*. Rastad & Sam, Oslo.

Linn, Per (1984): *Menneskenes språk*. Liber Førlag, Malmö.

United States of America.

Lunde, Jørgen (1987): *Nye paradigmer i medisinsk forskning*. Månedsskrift for praktisk lægegymning og sosial medisin, København.

Lundin, Y. (1970): *Isolering og mellombarn i et psykiatrisk sykehus*. Universitetslaget.

Lundin, K.E. (1991): *Den etiske fordeling*. Nordisk Forlag AS, Copenhagen.

McWhinney, I.R. (1983): *Changing Models: The impact of Kuhn's Theory on Medicine*. *Family Practice*, vol. 1, no. 1, pp. 3-8.

Manning, Matthew (1989): *Selvbehandling*. Eikens Forlag, Gylden.

Manning, Matthew (1995): *No time to spare*. Eikens Forlag, Gylden.

Morgan, G. (1988): *Organisasjonsbilder*. Universitetslaget.

Molander, Torbjørn (red.) (1991): *Helse i Norge*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Møller, Per (1983): *Medisinsk sosiologi*. Aftenposten Forlag.

Møller, Per (1984): *Organisering av det profesjonelle hjelpeapparat*. Universitetslaget, Oslo.

- Måseide, Per (1984): Psykiatri og meistringssystem. Universitetsforlaget, Oslo.
- Nerheim, H. (1995): Vitenskap og kommunikasjon, Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Nilsson, B. m.fl. (1990): Kommunikation. Studentlitteratur, Lund.
- Nissen, A. m.fl. (1983): Nye veje til sundhed. Forlaget HELLAS.
- NOU 1993:33. Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver.
- Ny Tid nr.32 - 1994 (ulike tema om alternativ medisin).
- Ohnstad, A. (1993): Den gode samtalen. Det Norske Samlaget, Oslo.
- Olsen, J. & Læg Reid, P. (1978): Byråkrati og beslutninger, Universitetsforlaget, Oslo.
- Parmann, Ø. (1993): Marcello Haugen. Grøndahl & Dreyers Forlag AS, Oslo.
- Pedersen, S.A. (1985): Fremtidsforskningens genstand og metode. Futuriblerne, no 1-2.
- Pedersen S.A. (1981): Objektivitetsbegrebets mangetydighed. Agrippa, årg.2, no 3.
- Petersen, Risom, J-E. (1989): Helhed bag dit Helbred. Borgen Forlag.
- Petersen, Risom, J-E. Lægekunst og sundhedsarbejde i en brydningstid. Sygeplejersken. København, 1986, nr.21, s.26-31.
- Pitts, M. & Phillips, K. (1991): The psychology of health. Routledge, London and New York.
- Reisby, N. (red.) m.fl. (1984): Problemer i psykiatrisk forskning. FADL's forlag, København.
- Repstad, P. (1993): Dugnadsånd og forsvarsverker. TANO AS, Oslo.
- Ross, Alf (1979): Sygdomsbegrepet. Bibliotek for læger, 171/2.
- Salthe, G. (1991): Fakta, verdi og praksis. Østfold Vernepleierhøgskole (ØVH).
- Salthe, G. (1993): Innblikk i samfunnsfaglig metode. Østfold Vernepleierhøgskole (ØVH).
- Schjelderup, V. (1994): Nytt lys på medisinen. Cappelen Forlag, Drammen.
- Siegel, B.S. (1986): Kjærlighet, medisin og mirakler. Ex Libris Forlag A/S. Oslo.
- Skjønsberg, E. (1994): Omsorgsrasjonalitet, fremtidens fornuft. Universitetsforlaget, Oslo.
- Slagstad, R. (red.), (1976): Positivism, dialektikk, materialisme. Universitetsforlaget, Bergen.
- Slagstad, R. (1980): Positivism og vitenskapsteori. Universitetsforlaget, Oslo.
- Stimson & Webb (1975): Going to see the doctor. London and Boston Routledge & Kegan Paul.
- Sørby, Wergeland, Liv. Ethiske aspekter ved alternative behandlingsmetoder. Vård i Norden 1/1990.
- Torgersen, U. (1981): Profesjonssosiologi, Universitetsforlaget.
- Torgersen, U. (1994): Profesjoner og offentlig sektor, TANO AS.
- Tranøy, K.E. (1991): Medisinsk etikk i vår tid. Sigma Forlag AS, Bergen.
- Tuft, Heidi (1987): Kreftceller finnes også i sjelen. Forlaget LIV, Oslo.
- Ursin, H. & Zahl-Begnum, H. (1993). Biologisk psykologi. TANO AS.
- Weum, Sven. Alternativ medisin, vitenskap eller religion?  
<http://www.sn.no/~swe/altmed.htm>
- Wright, G.H.V. (1978): Humanismen som livshållning. AB Raben & Sjögren Bokförlag, Stockholm.
- Wifstad, Åge (1990): Helhetsforståelse og kommunikasjon. Universitetet i Tromsø.
- Wright, G.H.V. (1978): Vetenskapen och förnuftet. Tryckeri och Tidnings Ab, Borgå.
- Wulff, H. (1995): Den samaritanske pligt. Munksgaard.
- Østerud, Øyvind. (1991): Statsvitenskap. Universitetsforlaget, Oslo.
- Øverbye, B.J. (1991): Frisk uten piller. Hjemmenes Forlag, Oslo.
- Aas, Kjell (1987): Goddag, mann! - hostesaft. Universitetsforlaget, Oslo.
- AAadland, Einar (1994): Kultur i helse-, sosial- og utdanningsorganisasjonar. Det norske samlaget.

Aalborg, Finn (1994): Kønnet i det moderne og postmoderne samfund. København: Forlaget.

Aalborg, Finn (1997): Kønnet i det moderne og postmoderne samfund. København: Forlaget.

Aas, Kjell (1987): Gøttar, ginnar, -postar. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (1991): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (1997): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (1998): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (1999): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2000): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2001): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2002): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2003): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2004): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2005): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2006): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2007): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2008): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2009): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2010): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2011): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2012): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2013): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2014): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2015): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2016): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2017): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2018): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2019): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2020): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2021): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2022): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2023): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2024): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

Aarseth, Bjørn (2025): Fisker og fiskeri. Universitetsforlaget, Oslo.

## Publikasjonsliste fra Høgskolen i Harstad

Fra og med 1996 ble tidligere publikasjonsserier ved Høgskolen i Harstad erstattet med en **Skriftserie** og en **Arbeidsnotatserie**.

### **Skriftserien - ISSN 0807-2698**

- 1997/10 Hilde Nordahl-Pedersen: «Alternativ medisin og skolemedisin - en paradigmediskusjon» (ISBN 82-453-0068-3) Kr. 40,-
- 1997/9 Inger Aksberg Johansen: «Reminisens i et interaksjonsperspektiv - En kvalitativ undersøkelse basert på intervju med eldre og sykepleiere» (ISBN 82-453-0079-9) Kr. 120,-
- 1997/8 Aud Merethe Alme: «Lønnsreform og ledermobilitet - Metodiske tilnærminger og resultater» (ISBN 82-453-0078-0) Kr. 70,-
- 1997/7 Truls Erikson: «Should Managerial Competence be in the Retail Growth Performance Equation?». (ISBN 82-453-0076-4) Kr. 30,-
- 1997/6 Børre Kristiansen/Steinar Johansen: «Rammer for omsorg - Alternative modeller for organisering av Hamarøy Bygdeheim» (ISBN 82-453-0071-3) Kr. 70,-
- 1997/5 Truls Erikson: «Retail Profit Performance and The Relationship to Marketing Outcomes and Financial Structure» (ISBN 82-453-0075-6) Kr. 30,-
- 1997/4 Rolf Utkvitne: «Kompetanse i Detaljhandelen». (ISBN 82-453-0064-0) Kr. 70,-
- 1997/3 Hilde Nordahl-Pedersen (red.): «Konferanserapport fra Helsedagene i Nord-Norge 1996». (ISBN 82-453-0069-1). Kr. 150
- 1997/2 Truls Erikson: «A Study of Career Choice Intentions Among a Cohort HBS MBA Candidates. The Ajzen Model». (ISBN 82-453-0074-8). Kr. 70,-
- 1997/1 Truls Erikson: «An Empirical Study of Entrepreneurial Choice Intentions Among a Cohort of MIT Sloan Fellows. The Shapero Model». (ISBN 82-453-0072-1) Kr. 50,-
- 1997 Stine Margrethe Hem/Ådne Danielsen/Anne Marie Bakken: «Ansvarsreformen i Kvæfjord - En stor oppgave til en liten kommune». (ISBN 82-90586-49-3, utgitt i samarb. med Diaforsk) Kr. 190,-

## Publikasjonsliste for Høgskolen i Hordaland

Fra og med 1996 ble tidligere publikasjonslister ved Høgskolen i Hordaland erstattet med en Skriftnærliste og en Arbeidsnærliste

### Skriftnærlisten - ISSN 0807-2698

1997/10	Hilde Nordahl-Pedersen: «Alternativt medium og skolemedisin - en paradigmeendring» (ISBN 82-453-0068-3) Kr. 40,-
1997/9	Inger Alsbetg Johnsen: «Reinvidning i et interaksjonsperspektiv - En kvalitativ undersøkelse basert på intervju med eldre og sykepleiere» (ISBN 82-453-0079-9) Kr. 120,-
1997/8	Aud Mette Alm: «Annetasjon og lederskole» - Metodiske tilnærninger og resultater» (ISBN 82-453-0078-0) Kr. 70,-
1997/7	Truls Erikson: «Should Managerial Competence be in the Retail Growth Performance Equation?» (ISBN 82-453-0076-4) Kr. 30,-
1997/6	Bente Kristiansen-Stinner Johnsen: «Erkjenner før omstyr» - Alternative modeller for organisering av helsevesen» (ISBN 82-453-0071-3) Kr. 70,-
1997/5	Truls Erikson: «Retail Profit Performance and The Relationship to Marketing Outcomes and Financial Success» (ISBN 82-453-0075-6) Kr. 30,-
1997/4	Rolf Uthman: «Konngestane i Dalsland» (ISBN 82-453-0064-0) Kr. 70,-
1997/3	Hilde Nordahl-Pedersen (red.): «Kvalitetsrapport fra Helsebudsjetter i Nord-Norge 1996» (ISBN 82-453-0069-1) Kr. 150,-
1997/2	Truls Erikson: «A Study of Career Choice Intentions Among a Cohort HBS MBA Candidates: The Asian Model» (ISBN 82-453-0074-8) Kr. 70,-
1997/1	Truls Erikson: «An Empirical Study of Entrepreneurial Choice Intentions Among a Cohort of MIT Sloan Fellows: The Spanish Model» (ISBN 82-453-0073-1) Kr. 50,-
1997	Stine Margrethe Henn Ådne Danielsen/Anne Marie Bakken: «Ansvareformen i Kvefjord - En stor oppgave til en liten kommune» (ISBN 82-90286-48-3, utgitt i samarbeid med Dialekt) Kr. 190,-

1996/1 Arne-Johan Johansen: «Fra Dårkiste til normalisert omsorg».  
(ISBN 82-453-0063-2). Kr. 100,-

**Arbeidsnotatserien - ISSN 0809-2567**

1997/1 Truls Erikson: «Applying the Canonical Structure of Analysis by Means of Algebra on Managerial Competence and Retail Growth Performance Variables». (ISBN 82-453-0077-2) Kr. 20,-

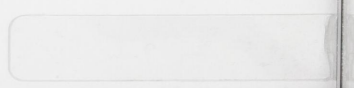
**For eldre utgivelser: Ta nærmere kontakt med Høgskolen i Harstad ved Kurs- og forsknings konsulenten - tlf.: 77 05 81 00**

1996/1 Arne Johan Johnsen: «En Dialekt til normaliserings  
(ISBN 82-453-0063-2) Kr. 100,-

Arbeidsnotiser - ISSN 0809-2567

1997/1 Trine Erikson: «Applying the Canonical Structure of Analysis to  
Means of Algebra on Managerial Competence and Result Growth  
Performance Variables» (ISBN 82-453-0077-2) Kr. 20,-

For eide utgiver: Ta nettverk kontakt med Forlaget i Hordaland og Kyst- og  
forlaget kontakt - tel: 77 05 01 00





# Bestilling av publikasjoner

Jeg bestiller herved:

Navn på serien	Nummer	Forfatter	Tittel	Pris
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Ved samlet kjøp over kr. 500 dekker Høgskolen i Harstad porto/frakt - ellers kommer porto i tillegg.

Navn: .....

Organisasjon: .....

Adresse: .....

Postnr. /sted: .....

Tlf.: ..... Fax: .....

Vennligst fyll ut skjemaet og returner til:

Høgskolen i Harstad, 9400 Harstad  
Tlf.: 77 05 81 00 Fax: 77 05 81 01

17-43341

# Bestilling av publikasjoner

Jeg bestiller herved:

Navn på serien	Nummer	Korfatter	Tittel	Pris
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Ved ønsket kjøp over kr. 200 betales Hagskolen i Harstad postoftebetjent - eller bokhandler postveksel i tillegg.

Navn: .....

Organisasjon: .....

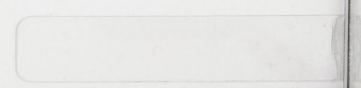
Adresse: .....

Postboks/veiledning: .....

Tlf: ..... Fax: .....

Vennligst fyll ut skjemaet og returner til:

Hagskolen i Harstad, 9400 Harstad  
Tlf: 77 02 81 00 Fax: 77 02 81 01







97sd 43 341

# Visste du at...

... Høgskolen i Harstad med sine ca 1.000 studenter er blant landets minste høgskoler. Et godt studiemiljø og en uformell tone med nærhet og god oppfølging av den enkelte student preger skolen. Ved årsskiftet 1996/97 flyttet vi inn i nye lokaler som ligger idyllisk og sentralt plassert ved byens havneområde.

... våre to fagavdelinger - økonomi-/sammfunnsfag og helse-/sosialfag - gir flere studiemuligheter blant ulike grunnutdanninger og videreutdanninger:

## Grunnutdanninger:

- Varehandel og distribusjon
- Økonomi og administrasjon
- Reiseliv og turisme
- Engelsk grunnfag
- Statsvitenskap grunnfag
- Barnevernpedagogutdanning
- Sykepleierutdanning
- Vernepleierutdanning

## Videreutdanninger:

- Revisjon
- Internasjonal handel
- Ledelse og organisasjon
- Helse- og sosialadministrasjon
- Rehabilitering
- Psykiatrisk sykepleie
- Reiseliv og turisme

...foruten ordinære undervisningsoppgaver og kurs påtar Høgskolen i Harstad seg også forsknings- og utredningsoppdrag for næringslivet og det offentlige. Våre ca. 60 fagansatte innehar høy kompetanse og dekker et bredt faglig spekter: Økonomi/administrasjon, sosialøkonomi, ledelse/organisasjon, statistikk, statsvitenskap, sosialantropologi, sosiologi, engelsk, matematikk, pedagogikk, spesialpedagogikk, vernepleie, psykologi, sykepleievitenskap, matematikk, jus.

**Post- og besøksadresse: Havnegata 5, 9400 Harstad**

**Telefon 77 05 81 00. Telefaks 77 05 81 01**

**Internett: <http://www.hih.no>**



**HØGSKOLEN I HARSTAD**

