

Forord

Denne lærebog rummer en indføring i videnskabsteori og etik for sundhedsfagene og sundhedsvidenskaben herunder et udgangspunkt for analyse af sundhedsfaglig argumentation, praksis og forskning samt for kritisk tænkning. Målgruppen er studerende ved mellemlange videregående og universitære sundhedsuddannelser samt professionelle inden for sundhedsvidenskabelige og sundhedsfaglige områder. Bogen er opbygget fleksibelt sådan, at niveauet med hensyn til teoretisering og nuancering kan vælges af brugeren (undervisere, studerende eller praktiserende sundhedsprofessionelle) afhængig af individuelle muligheder og behov. En af ambitionerne med bogen har været at give en indføring i videnskabsteori og etik på en sådan måde, at studerende får nogle "redskaber" og dermed konkrete kompetencer, der kan bruges i sundhedsfaglig og sundhedsvidenskabelig sammenhæng. Ved at skrive til sundviden@mail.dk kan læseren tilmelde sig nyhedsbrev og opnå adgang til hjemmeside med supplerende materiale samt øvelser og opgaver.

Det er i høj grad overladt til læseren – på baggrund af analyser og diskussioner i bogen – at drage sine egne konklusioner angående holdbarheden af holdninger, metoder og handlemåder inden for sundhedsvidenskabeligt arbejde. Nogle vil mene, at bogen giver for meget plads til alternative tilgange til sundhed og sygdom samt til kritiske synspunkter overfor den etablerede, traditionelle sundhedsvidenskab. Men netop ved at tage alternative tilgange og kritik af den etablerede sundhedsvidenskab op, bliver både sundhedsvidenskabelige forskere og praktiserende sundhedsprofessionelle bedre i stand til at forsvare de etablerede metoder på kvalificeret vis over for kritik og over for (evt. utilstrækkeligt dokumenterede) alternative tilgange til behandling. Alternativ behandling praktiseres også "inden for murene" på hospitaler og blandt privatpraktiserende læger¹, og mange kræftpatienter supplerer deres traditionelle behandling med alternative behandlingsformer². Også kritikken af, at sundhedsvæsenet i mange tilfælde er inhumant og ikke ser det hele menneske, tages op – dels for at gøre læseren i stand til at benytte eller være opmærksom på relevante humanistiske synsvinkler, og dels for at gøre læseren i stand til at forsvare en anvendelse af de faglige metoder, som er rimelige.

Bogen præsenterer en række synspunkter og argumenter, men diskuterer dem også kritisk. Målet er i høj grad at anspore læseren til at tænke over holdbarheden af disse synspunkter og argumenter. Læseren opfordres til at forholde sig kritisk til, om de er rimelige eller rigtige, snarere end bare at acceptere dem, fordi der henvises til

en reference eller en kilde. Især inden for emnerne etik og videnskabsteori hersker omfattende og dyb uenighed mellem fagfolk. Man skal derfor ikke umiddelbart tro på, hvad en anerkendt professor eller teoretiker har sagt (ofte i strid med andre professorer), men forholde sig til holdbarheden af hans eller hendes argumentation og forsøge at vurdere anvendeligheden af hans eller hendes synspunkter. Derfor fokuserer bogen også mere på begreber, teorier, synspunkter og argumenter end på, hvem der har fremført eller foreslået dem. Vigtige tænkere som Kant, Wittgenstein og Husserl behandles ikke særskilt. Derimod inddrages deres forskellige tanker, hvor det er relevant for de enkelte emner.

Jeg skylder følgende personer en særlig tak i forbindelse med udarbejdelse af manuskriptet (rækkefølgen er tilfældig): Hanne Andersen, Birger Broch Møller, Solvej Fjordside, Svend Kreiner, Jane Ege Møller, Peter Storm-Henningsen, Ole Birger Pedersen, Inger Minnasdatter, Susan Peters, Jens Brix, Birgitte Hynne-Andersen, Birgit Malmfred, Mette Stefansen, Sus Møller-Dinesen, Claus Petersson, Annette Brix, Sarah Collins, Jakob Ousager, Christian Fischer, Rasmus Køster-Rasmussen, Marie Mortensøn, Susanne Brix og Jane Heitmann.

Ingen af ovennævnte personer kan på nogen måde drages til ansvar for lærebogsmaterialets tilgang eller bebrejdes de fejl og mangler, der måtte være efterladt i manuskriptet. Med 2. udgave er en del fejl rettet og en del mangler udbedret.

Morten Severinsen, København 2007.

mail: sundviden@mail.dk

Indhold

Forord	5
Indhold	7
1. Introduktion	9
Hvad er sundhedsfaglig videnskabsteori og etik?	9
Hvorfor beskæftige sig med sundhedsfaglig videnskabsteori og etik?	10
Systematik er påkrævet.	11
2. Etikken i sundhedsvidenskabeligt arbejde	13
Indføring i sundhedsfaglig etik	14
Eksempel på normativ etisk diskussion – Informering af patient	22
Normative etiske teorier	34
3 etiske discipliner	49
Livskvalitet – Hvad er et godt liv?	52
3. Hvad kendetegner sundhedsfaglig viden, forskning og kompetence?	63
Introduktion til paradigmebegrebet.	63
Aspekterne i sundhedsvidenskabelig forskning	66
Praktisk sundhedsarbejde i lyset af paradigmebegrebet.	77
Tavs viden i videnskab og praktisk arbejde.	82
Vurdering og evaluering af viden og paradigmer.	86
4. Er sundhedsfaglig viden og sundhedsvidenskab troværdig?	92
Hvad ved vi egentlig?	92
Hvordan kan vi opnå viden?	97
Kan man tillade sig at generalisere?	107
Hvilke observationer kan man stole på?	124

Skepticisme og relativisme	129
5. Forståelse af menneskelig handling og tanke	138
Humanistiske aspekter i sundhedsfagene	138
Misforståelse i klinisk praksis	141
Humanistisk sundhedsforskning	146
Fænomenologi og Grounded Theory	156
Grundlæggende forståelses- og forklaringsmåder	161
Hvilken forskningstradition skal man vælge?	169
6. Argumentation i sundhedsfaglige diskussioner	176
Introduktion til argumentationsteori	176
“Du er selvmodsigende”-argumentet	179
Deduktivt gyldige argumenter – den logisk gyldige slutning	181
Modeksempel-argumentet	189
Induktive og statistisk-induktive argumenter	190
Analogi-argumenter	194
Enkelhedsargumentet, “keep it simple”	195
Argumentum ad ignorantiam	196
Indirekte argumenter	197
Hvordan argumenterer man overbevisende?	203
7. Sundhedsfaglige begreber og modeller i kritisk lys	206
Sygdoms- og behandlingsmodeller	206
Hvornår er man syg?	220
Noter	230
Litteraturliste	239
Stikordsregister	243

1. Introduktion

Hvad er sundhedsfaglig videnskabsteori og etik?

Sundhedsfaglig videnskabsteori og etik er et forsøg på at gå i dybden med mange forskelligartede faglige og etiske spørgsmål inden for sundhedsvidenskab og sundhedsfagligt arbejde.

Eksempler på spørgsmål som kan diskuteres på videnskabsteoretisk eller etisk vis:

1. Kan man i praktisk sundhedsfagligt arbejde benytte sig af faglige skøn, eller skal al praksis være evidensbaseret?
2. Hvilke forskningsmetoder fører til troværdige forskningsresultater?
3. Bør der i sundhedsfagligt arbejde tages mere højde for, at patienter er forskellige – at alle individer er unikke? Generaliseres der for meget i forbindelse med valg af behandlingsmetoder?
4. Hvornår kan en sundhedsprofessionel tillade sig at bryde tavshedsløftet eller tilbageholde information over for patienter?
5. I hvilke situationer er dødshjælp på sin plads?
6. Bør sundhedsfagligt arbejde være mere humanistisk over for patienterne – og hvad vil det egentlig sige at være human?
7. Hvordan kan kvaliteten af sundhedsfagligt arbejde måles?
8. Bør sundhedsfaglig forskning ofte eller i højere grad være humanistisk snarere end naturvidenskabelig?
9. Hvornår kan man betragte en person som værende syg?

I nærværende undervisningsmateriale vil svar på disse spørgsmål blive præsenteret og diskuteret. Som antydning i forordet anbefales det, at man forholder sig til, om disse svar og evt. bagvedliggende argumenter er rimelige eller rigtige, snarere end bare at acceptere dem fordi der henvises til en reference eller en kilde.

Bokse som denne – Nærværende bog vil indeholde bokse, som karakteriserer eller definerer teorier og begreber, som er vigtige inden for sundhedsfaglig videnskabsteori og etik.

Hvorfor beskæftige sig med sundhedsfaglig videnskabsteori og etik?

Alle universitetsstuderende og studerende ved mellemlange videregående uddannelser skal have videnskabsteori (rettet specifikt mod deres fag)³. Begrundelserne herfor er mangfoldige. Først og fremmest kan man slå fast, at sundhedsprofessionelle (sundhedsfaglige forskere, læger, kiropraktorer, sygeplejersker, tandlæger, fysioterapeuter mfl.) uvilkårligt vil blive konfronteret med mange af de spørgsmål, der blev opregnet på s. 9, og lignende spørgsmål. De vil også blive konfronteret med en masse svar, fx fra andre faggrupper eller kendte teoretikere/tænkere. Her kan bekendtskab med etiske teorier og videnskabsteori være en nyttig hjælp til at kunne forholde sig kvalificeret til disse spørgsmål og svar.

T *Teoribokse med tekst der uddyber og diskuterer*

Denne lærebog præsenterer en række videnskabsteoretiske begreber og indgangsvinkler til sundhedsvidenskab og sundhedsfaglig praksis. Undervejs vil grå tekstbokse af nærværende type uddybe disse indgangsvinkler, omtale yderligere begreber samt foretage videregående videnskabsteoretiske diskussioner.

E *Eksempelbokse med yderligere eksempler og perspektivering*

For yderligere at illustrere den teori, som præsenteres i lærebogen, vil der i bokse som denne omtales eksempler. Derudover vil der optræde perspektiverende stof af ikke videnskabsteoretisk karakter.

Sundhedsfaglig videnskabsteori skulle gerne formidle en indsigt i sundhedsfagene og sundhedsvidenskab, der gør den studerende i stand til bedre at forstå sundhedsfaglige og sundhedsvidenskabelige teorier og metoder. Hermed bliver den studerende bedre i stand til selvstændigt at bruge disse teorier samt at forholde sig kritisk til dem. Således siger rektor på Frederiksborg Amts Sygeplejeskole Ulrich Thostrup, at den

videnskabsteoretiske forståelse er vigtig, “fordi den type viden giver kompetence til, at [den] ... studerende selvstændigt kan forholde sig analytisk og reflekteret og derved udbyde og udvide sin kompetence inden for et givent fagfelt eller i fagområder”⁴.

Systematik er påkrævet

Det kan være krævende at forholde sig til etiske og grundlæggende videnskabelige synspunkter og argumenter inden for sundhedsfagene og sundhedsvidenskaben. De spørgsmål, der søges besvaret, er typisk meget komplekse. Det gælder “Er det forkert i behandlingsøjemed at betragte patienten som en kompliceret maskine eller biokemisk reaktor (apparatfejlsmodellen)?” I den forbindelse kunne diskuteres forskellige aspekter: Om behandlinger, der baserer sig på apparatfejlsmodellen, ikke virker, fordi mennesket ikke fungerer som en maskine. Om det er en respektløs og nedværdigende “tingsliggørelse” af den patient, man behandler, uanset at det muligvis gør patienten rask. Om det betyder, at behandleren har forkerte mål med behandlinger eller ikke føler sig motiveret til at arbejde så ihærdigt for at gøre patienten rask. Om ... etc.

I professionelle sammenhænge skal en vurdering af disse aspekter ske med henvisning til vidt forskellige forhold. Om en behandling slår fejl, fordi patienten faktisk ikke blot er en maskine, henviser til spørgsmålet om, hvilke behandlinger der er effektive i forhold til et givent mål. Svaret på det spørgsmål skal søges gennem helt andre undersøgelser end dem, som skal til for at afgøre, hvad målet med en behandling bør være, om en beholders motivation afhænger af, hvorvidt patienten betragtes som en maskine, eller om der er tale om en tingsliggørelse, som i sig selv er forkert.

Derfor er det i faglige, kvalificerede diskussioner af etiske og grundlæggende videnskabelige spørgsmål nødvendigt at være systematisk. For det første hører systematik med til det at arbejde fagligt forsvarligt og akademisk. For det andet risikerer diskussionen ellers at gå i ring i stedet for at komme videre. Derfor behandler bogen så vidt muligt de forskellige aspekter hver for sig – i hver deres kapitel.

Noget tilsvarende kunne man sige om spørgsmålet: “Burde vi i sundhedsvæsenet være mere humanistiske?” Her skyldes kompleksiteten dog til dels de mange forskellige betydninger ordet ‘humanisme’ har. Nærværende bog vil derfor ikke i særlig høj grad fokusere på selve begrebet ‘humanisme’, men derimod på mange af de holdninger, standpunkter og forskningsmetoder, der har været associeret med dette begreb, herunder: (1) Det er respektløst og tingsliggørende at betragte mennesker – fx patienter – som fysiske maskiner eller biokemiske reaktorer snarere end besjælede væsner med en fri vilje og en evne til at erkende noget om virkeligheden. (2) Sundhedsprofessionelle kunne finde mere effektive behandlinger, hvis de ikke (kun) tog udgangspunkt i apparatfejlsmodellen, men også i sygdomsmodeller der er mere holistiske og tager

højde for psykens indvirkning på fysisk sygdom. (3) Den sundhedsprofessionelle bør opfatte hver enkelt patient som et unikt sygdomstilfælde, hvortil der kræves en helt individuel behandling og ikke bare en standardbehandling afhængig af, hvilken sygdom patienten har. (4) Mennesket er anderledes og mere værdifuldt end maskiner og penge, og alle mennesker er lige uanset hudfarve, køn, alder og sygdom, således at vi ikke kan tillade at nedprioritere visse patientgrupper. (5) Sundhedsprofessionelle bør forstå, hvordan patienten har det med at være syg og indlagt, samt vise medfølelse og interesse for personen, i stedet for blot at sørge for hurtigst mulig behandling for færrest mulige økonomiske ressourcer.

Disse opfattelser er ganske forskellige, og den ene opfattelse følger ikke med logisk nødvendighed af den anden. Man kunne forestille sig, at en af de fem humanistiske opfattelser er rigtig, mens en anden er forkert. Derfor behandler bogen så vidt muligt disse opfattelser hver for sig.

Også diskussioner af sygdomsbegrebet er så vidt muligt delt op i forskellige emner: Overordnede modeller for sygdomsbehandling, kriterier for hvornår en person er syg, og hvad det vil sige at forstå et andet menneske. Diskussionen af, om traditionelle medicinske forsøg er velegnede til at afgøre effekten af alternativ behandling, er opdelt i blandt andet en overvejelse angående, hvilke effektmål forskere bør operere med, og overvejelser som angår om fx randomiserede kliniske undersøgelser – givet et bestemt mål med behandlingen – kan afgøre om en behandling er effektiv.

2. Etikken i sundhedsvidenskabeligt arbejde

Sundhedsfagligt arbejde og sundhedsvidenskabelig forskning byder på mange etiske overvejelser. Nogle af disse foregår eller burde foregå hos den enkelte sundhedsprofessionelle.

Eksempler på etiske problemstillinger i sundhedsfagligt arbejde:

- (1) Bør der anvendes tvang over for en dement patient, som ellers er til fare for sig selv?
- (2) Bør man behandle en uhelbredeligt syg og lidende person for en lungebetændelse, der ellers kunne afslutte et måske meningsløst liv?
- (3) Er det etisk forsvarligt at yde kosmetiske tandbehandlinger som blegning, hvis sådanne behandlinger svækker tænderne?
- (4) Bør det være tilladt at anvende befrugtede æg (embryoner) fra mennesker i stamcelleforskning med det formål at kunne behandle Parkinsons sygdom?

Andre etiske overvejelser i forbindelse med sundhedsfagligt arbejde hører traditionelt til i en bredere politisk debat. Det gælder blandt andet om aktiv dødshjælp skal gøres lovligt, eller hvordan de offentlige penge til sundhedsarbejde skal fordeles, herunder hvilke sundhedsydelser der skal være gratis.

I dette kapitel vil en række etiske emner af relevans for sundhedsarbejde blive taget op. Det vil i løbet af kapitlet blive mere klart for dig, hvad et etisk emne er, og hvordan du kan diskutere etiske spørgsmål. Med introduktion af etiske teorier får du mulighed for at perspektivere og foretage en kvalificeret diskussion af lovgivning på sundhedsområdet, etiske retningslinier og holdninger angående tvangsbehandling, dødshjælp, tavshedspligt, ret til information om egen sundhedstilstand med mere.

På s. 22-23 og 34 gives eksempler på mulige strukturer for en etisk diskussion eller for en analyse af etiske diskussioner. De kan tjene som forslag til struktur for en etikopgave.

Indføring i sundhedsfaglig etik

Den følgende introduktion vil tage udgangspunkt i et eksempel på et etisk dilemma i sundhedsfagligt arbejde.

I hvilke tilfælde bør sundhedspersonale afstå fra livsforlængende behandling?

Forestil dig, at du er medansvarlig for behandlingen af en 65-årig mand, som i de sidste 10 år har lidt af demens, der er en form for svigtende hjernefunktion, som blandt andet giver sig udslag i hukommelsestab.

Patienten er dement i en svær grad. De pårørende kan ikke længere passe ham, han har svært ved at forstå, hvad der sker omkring ham, han kan ikke udtrykke sine behov og ønsker og har svært ved at holde på urin og afføring. Derudover modsætter han sig ofte forsøg på hjælp. Generelt er han meget ulykkelig og kan ikke mere forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag. Patienten har endvidere svigtende synkefunktion, hvilket nu har ført til en akut livstruende lungebetændelse.

Patienten vil dø inden for få dage, hvis denne lungebetændelse ikke behandles. Hvis patienten behandles, vil han dog alligevel dø inden for få måneder på grund af svækket helbred. Sygdomsforløbet har efterhånden tæret meget på de nærmeste pårørende, og som sundhedsprofessionel overvejer du nu, om en livsforlængende behandling af lungebetændelsen ikke bare ville gøre ondt værre både for de pårørende og for patienten.

I en sådan situation er det juridisk betragtet legitimt i fælles forståelse med de pårørende at afstå fra at give den livsnødvendige behandling mod lungebetændelsen jf. sundhedsloven. Sundhedsmyndighederne i Danmark anser en beslutning om behandlingsstop for primært at være et lægefagligt anliggende. Lægen skal dog rådføre sig med øvrigt personale, og beslutningen skal blandt andet foretages ud fra en vurdering af patientens lidelser. Hvis patienten er inhabil, skal de pårørendes accept søges (lægen kan have pligt til at følge pårørendes ønsker).⁵ Med 'inhabil' menes, at patienten i en vis forstand er ude af stand til at tage stilling til, hvad der er til hans eget bedste⁶, eller at han mangler evnerne til at forstå en information og overskue konsekvenserne af at give samtykke til iværksættelse af en behandling⁷. I mange tilfælde er patienten i juridisk forstand inhabil, fordi han er mindreårig, svært dement (som i nærværende eksempel), meget stresset, i en ekstrem smertefuld tilstand eller ligger i koma.⁸ I sådanne tilfælde er andre nødt til at træffe beslutninger på patientens vegne.

Det Ethiske Råd har i den forbindelse beskrevet tre former for beslutningsgrundlag⁹. Det bedste grundlag ville ifølge Etisk Råd være de ønsker, som patienten på forhånd har ytret, fx i form af et livstestamente eller mundtligt til de sundhedsprofessionelle

Hvilke observationer kan man stole på?

Sundhedsvidenskabelig forskning er som sagt meget empiriorienteret. Det betyder, at den i vid udstrækning baserer sig på sansindtryk eller observationer og generaliseringer eller test af teoriens sandhed ud fra disse observationer. Derfor er det afgørende, at forskeren kan stole på observationer.

Problemet om at observationer er fejlbarlige og teoriladede

Observationer kan synes fejlbarlige, ubevidst interessebestemte og tendentiøse. Nogle gange ser man i højere grad, hvad man forventer eller ønsker. Observationen (eller følelsen) af, om man er forkølet, synes at afhænge af forventninger til en behandling mod forkølelse⁹³. Man ved, at konstatering af lungebetændelse ud fra røntgenbilleder ikke er fuldstændig pålidelig, sammenlignet med obduktioner, hvorfor diagnosen lungebetændelse ikke blot stilles ud fra røntgenbilleder.

Et videnskabshistorisk eksempel er, at astronomer på Kopernikus' tid mente at kunne observere med det blotte øje, at størrelsen af planeten Venus ikke varierede over året, set fra jorden (og dermed at afstanden til Venus er konstant over året). Denne observation viste sig senere, efter teleskopet blev udviklet, at være fejlagtig og bygge på en forkert teori om øjet (se s. 122). Observationer kan således være teoriladede og fejlagtige.

Man kunne forestille sig, at vi kunne undgå fejlagtige observationer, hvis vi holder os til meget simple eller grundlæggende observationer.

Grundlæggende og videregående observationer

Lad os definere grundlæggende observationer som nogle der blot består i oplevelser af bestemte sansekvaliteter, såsom farver, former, mønstre, lydlige indtryk, smagsindtryk mm., og som ikke er baseret på teorier. En sådan observation indgår i: "På røntgenbilledet ses et bestemt mønster." Her er selve observationen af et mønster grundlæggende, i det omfang der ikke underforstås en teori om, hvad dette mønster er et tegn på. Et andet eksempel kunne være "Instrumentet viser 39,2", i det omfang denne observationssætning ikke siger noget om, hvad '39,2' kunne være et udtryk for.

Eksempler på mere videregående eller sofistikerede observationer er "Patienten har (muligvis) lungebetændelse" eller "Patientens temperatur er 39,2°C", i det omfang disse er foretaget ved at kigge på et røntgenbillede eller et termometer.

Grundlæggende observationer kunne tænkes at være sikre eller pålidelige observationer. Der er ikke mange fejlmuligheder i aflæsning af et digitalinstrument, hvis displayet ellers er tydeligt.

Men der er et problem med generelt at holde sig til meget grundlæggende observationer. De er nemlig ikke i sig selv informative, men nærmest "intetsigende". Der siges ikke noget videre om virkeligheden med "instrumentet viser 39,2". Instrumentet viser 39,2, og hvad så? Betyder det, at den elektriske spænding er 39,2V, eller at pulsen er 39,2 slag pr. minut, eller at temperaturen er 39,2°C, eller at ...? Observationen at "instrumentet viser 39,2" siger altså ikke i sig selv noget interessant om virkeligheden.

Observationer som teoretiske tolkninger af grundlæggende sanseindtryk

Det forhold, at meget grundlæggende observationer eller sanseindtryk er temmelig intetsigende, er formentlig en af forklaringerne på, at både dagligdags og videnskabelige observationsudsagn typisk er mere videregående. De er videregående i den forstand, at de er "teoriimprægnerede", "teoretisk ladede" eller teoretisk tolkende. Nærmere bestemt er de et resultat af teoretisk tolkning af grundlæggende sanseindtryk eller grundlæggende sansefænomener.

Det er den teoretiske fortolkning, som synes at være kilden til deres fejlbarlighed. Fortolkning af grundlæggende sanseindtryk rummer også mulighed for, at interesser og fordomme kan påvirke fortolkningen, sådan at de videregående observationer bliver fordrejede.

Spørgsmålet er om man på nogen måde kan teste, om en fortolkning baserer sig på fejlagtige teorier eller fordrejende interesser og fordomme. Hvis det er muligt, kan det afgøres, om de videregående observationer er pålidelige og troværdige.

Ved diagnosticering ud fra røntgenbilleder kan man sige, at observationen "Patienten har (med en vis sandsynlighed) lungebetændelse" ud fra et delvist transparent stykke plastik består af to dele: Dels en grundlæggende observation af et bestemt mønster på plastikstykket, en "lungebetændelse-aftegning". Dels en tolkning af denne grundlæggende observation, der resulterer i observationen "patienten har muligvis

^T *Observationer af teoretiske størrelser*

På s. 73 blev teoretiske entiteter eller størrelser omtalt. Teoretiske størrelser, processer eller tilstande kan ikke iagttages direkte og kan altså ikke udgøre grundlæggende sansefænomener, men ofte menes de at kunne observeres ved "videregående observationer", der kan være baseret på instrumenter.

Men observationer behøver ikke involvere instrumenter for at være videregående. Også observationer, der involverer "ikke-instrumentel" teoretisk fortolkning af det, som ses, må betegnes som videregående.

lungebetændelse” (den videre tolkning sker under inddragelse af det øvrige sygdomsbillede).

Denne tolkning er teoretisk. Den gør nemlig brug af en række teoretiske antagelser.

Eksempler på teoretiske antagelser i fortolkningen af et røntgenbillede:

- (1) Et bestemt mønster, betegnet 'lungebetændelse-aftegning', på et røntgenbillede er i høj grad korreleret med lungebetændelse.⁹⁴
- (2) Plastikstykket er eksponeret af et røntgenapparat, der har fungeret, som det skal.
- (3) Røntgenbilledet er af den aktuelle patient, og ikke af en anden person (forbytning finder sted mange steder i sundhedsvæsnet).
- (4) Røntgenstråling absorberes i forskellig grad af forskellige materialer såsom hud, muskler brusk og knogler.

☞ Tolkning af grundlæggende sanseindtryk sker ofte ubevidst

Teoretiske tolkninger af grundlæggende sanseindtryk sker ofte automatisk, refleksagtig og ubevidst. Således opfattes og formuleres de grundlæggende sanseindtryk slet ikke. Det gælder også de teoretiske antagelser, der bruges ved tolkning af grundlæggende sanseindtryk.

Når et måleinstrument aflæses, siges der ikke: "Instrumentet viser 39,2 og på det står i øvrigt 'termometer'; der ud over antager jeg at ..., hvorfor jeg kan slutte mig til at patientens kropstemperatur er 39,2 °C." En person, der bare er nogenlunde fortrolig med termometre, opfatter det som om, han direkte observerer en kropstemperatur på 39,2 °C. Han siger derfor typisk: "jeg observerer, at patientens temperatur er 39,2 °C".

På samme måde vil en røntgenlæge ikke altid være bevidst om, at observationen rummer en teoretisk tolkning. Der er dog situationer, hvor man som røntgenlæge skal være kritisk, "saglig" og "nøgtern" i sine udtalelser om et røntgenbillede – eller som studerende skal lære at tolke røntgenbilleder – hvor man adskiller grundlæggende sanseindtryk fra tolkninger heraf. I faglige diskussioner – fx på en røntgenkonference mellem røntgenlægen og de læger som kender patienten mht. øvrige symptomer – kan der spørges til, hvad røntgenlægen ser helt konkret, det vil sige hendes grundlæggende observationer – i modsætning til hvad hun tolker på baggrund af disse observationer.

Hvis bare en af disse teoretiske antagelser er falsk, er der stor risiko for at observationen “Patienten har lungebetændelse.” ud fra plastikstykket ligeledes er fejlagtig.

Kan vi teste sandheden og pålideligheden af informative, teoriladede observationer?

Observationen af, om en patient har lungebetændelse ud fra et røntgenbillede, er som sagt teoriafhængig og dermed fejlbarlig. Det er derfor meget tænkeligt, at røntgenlægen af og til tager fejl. Men tager røntgenlægen i overvejende grad fejl i sine vurderinger, og er hendes udsagn ikke mere pålideligt end lægmands udsagn om, hvorvidt en patient har lungebetændelse, eller end en spåkones udsagn om fremtiden? Et svar på det spørgsmål kræver, at det er muligt at teste røntgenlægens observationer. Ellers er det umuligt at afgøre, om en røntgenlæges udsagn er pålidelige.

Et forslag kunne være, at man sammenholder røntgenlægens observationer med andre røntgenlægers observationer ud fra det samme røntgenbillede. Men er der lille interobservatørvarians, kunne det skyldes at røntgenlægerne tolker de grundlæggende observationer på samme måde, og ikke nødvendigvis at de har ret.

Man kunne tænke sig en test, som går ud på at sammenholde lægens observationsudsagn på baggrund af røntgenbilleder med resultater fra obduktioner. Lungebetændelse er jo nemlig pr. definition en betændelsestilstand i lungevævet. En sådan betændelsestilstand kan ved obduktion konstateres ved en meget grundlæggende observation.⁹⁵

Det vil sige de kriterier, der definerer, hvad lungebetændelse er, synes at referere til forhold, hvis tilstedeværelse kan konstateres ved teorifri og dermed sikker observation. Pålideligheden af røntgenlægens informative, teoretisk ladede observation “patienten har lungebetændelse” kan altså testes (og er testet).

Der er to problemer med et sådant svar. For det første er det ikke helt rigtigt, at observationen ved obduktion, af hvorvidt der er betændelse i lungerne, er teorifri. Dette problem kan dog i første omgang overkommes ved at teste observationen “der er her tale om betændelse” ud fra endnu mere grundlæggende sanseindtryk, fordi ‘betændelse’ er defineret ud fra perceptuelle begreber som ‘inflammation’.

Det andet problem, som er større og mere grundlæggende, behandles i det følgende.

⌘ Teoretiske antagelser som hjælpehypoteser

Nævnte teoretiske antagelser kaldes i visse sammenhænge hjælpehypoteser, idet de kan være en hjælp i testen af videnskabelige hypoteser. Se eksemplet med test af Kopernikus’ teori ved hjælp af (den fejlagtige) teori om øjets evner (s. 122).

7. Sundhedsfaglige begreber og modeller i kritisk lys

En person, som har kræft, er syg. Men hvad med en person, som blot har brækket sin lillefinger? Er man syg, hvis man er deprimeret, alkoholiker, overvægtig, ikke kan få børn, er hypokonder eller lider af et kronisk træthedssyndrom? I dette kapitel behandles forskellige synspunkter om, hvornår et menneske kan siges at være syg, og hvad sundhed er.

Det vil også blive diskuteret, om det overhovedet er vigtigt at finde ud af, om en person er syg eller ej. Gælder det ikke snarere om at finde ud af mere specifikt, hvordan en person har det, og hvad man evt. kunne gøre for at hjælpe? Det offentlige betaler jo fx for visse skønhedsoperationer på folk, som ikke anses for syge, mens folk i høj grad selv må betale for behandling af tandsygdomme. Bliver sygdomsbegrebet mest brugt til at sætte folk i bås og udstøde dem fra gruppen af "raske"?

Lignende spørgsmål kunne stilles angående andre sundhedsfaglige begreber såsom 'sundhed', 'handicap', 'pleje', 'omsorg' og 'patient'. Hvad er en patient? Hvad skal vi bruge ordet 'sundhed' til? Hvad vil det sige at yde god behandling eller pleje?

Men først vil følgende type spørgsmål blive belyst: Hvordan skal man som professionel behandler betragte syge mennesker? Det spørgsmål hører ind under den generelle diskussion af rigtigheden eller berettigelsen af forskellige sygdoms- og behandlingsmodeller. Lignende diskussioner angår sygdomsforebyggelsesmodeller og sundhedsfremmemodeller: Hvordan sikrer man bedst sundhed?

Sygdoms- og behandlingsmodeller

Hvad bør professionelle, som søger at behandle eller forebygge alkoholisme, tænke om alkoholikere? Er alkoholisme et udtryk for sociale problemer, en genetisk betinget tilbøjelighed til at blive afhængig eller viljesvaghed? Skal behandling af fysisk syge patienter tage udgangspunkt i naturvidenskabelig tænkning eller i en mere holistisk tilgang? Hvad er årsagerne til mavesår? Disse spørgsmål har med sygdoms- og behandlingsmodeller at gøre.

Sygdoms- og behandlingsmodeller – er opfattelser af, hvad årsagerne til sygdom er, hvorvidt og hvordan syge mennesker smitter, samt hvad der typisk er konsekvenserne af sygdom.¹⁵⁰ De udtrykker tekniske påstande af formen “Hvis du vil opnå en tilstand A (fx frihed for sygdom), skal du gøre B (fx en bestemt behandling eller forebyggende foranstaltning)”.

En sygdoms- og behandlingsmodel kan give sig udtryk i fordomme, som møder en person, der er erklæret syg, og i den ændring i selvopfattelse, der sker, når en person erklæres for syg. Fx vil mange almindelige mennesker, der får en kræftdiagnose, opfatte dette som, at de nu går den visse død i møde. Ofte mener patienter, at de er fysisk syge, mens læger mener, at deres lidelse snarere er psykisk eller psykosomatisk. Nogle patienter mener, at det er bedst at sundhedspersonalet tager sig af deres sygdom, mens en ergoterapeut måske vil foreslå de samme patienter selv at gøre noget ved deres sygdom (egenomsorg), idet ergoterapeutens sygdomsmodel kunne være, at sygdom ofte udspringer af den måde, folk lever og arbejder på¹⁵¹. Patienters sygdomsmodel kan være afgørende for deres compliance eller motivation for at ændre livsstil.

En sygdoms- og behandlingsmodel kan også udgøre en del af teorien bag valg af strategier og metoder for sundhedsfaglig behandling af syge mennesker. I professionel forebyggelse og behandling af syge mennesker og i sundhedsforskning anvendes mange forskellige sygdoms- og behandlingsmodeller – afhængig af hvilken sygdom der i det enkelte tilfælde er tale om. Det kunne være en sundhedsfaglig model for, hvordan en bestemt kræftsygdom opstår eller udvikler sig afhængig af hvilken form for behandling, der sættes ind med. Dette er et eksempel på en specifik sygdoms- eller behandlingsmodel, idet den kun angår en bestemt sygdom.

Andre sygdoms- og behandlingsmodeller er mere generelle, idet de siger noget om mange forskellige eller alle sygdomme på en gang.

Eksempler på generelle modeller for fysisk sygdom

Generelle modeller kan være svære at få øje på, men de er nogle gange – sammen med anden teori – udgangspunkt for mere specifikke sygdoms- og behandlingsmodeller. De generelle modeller kan derfor ses som en del af et paradigme for løsning af sundhedsmæssige problemer.

Et eksempel på en generel sygdoms- og behandlingsmodel er “apparatfejlsmodellen”.

Apparatfejlsmodellen, også kaldet den biomedicinske sygdomsmodel¹⁵², går på at sygdom er fysisk, fx biokemisk, betinget. En behandler, der arbejder ud fra denne model, vil søge en behandling, der – ud fra en betragtning om at patienten er en defekt fysisk maskine eller biokemisk reaktor – kunne gøre patienten rask¹⁵³.

Hermed udelukkes placeboeffekten (s. 211) og psykosomatiske sygdomme, hvor mentale forhold direkte (det vil sige ikke via egne handlinger, der påvirker en selv på fysisk-kemisk vis) forårsager en fysisk sygdom. Men modellen udelukker ikke, at stress eller livsstil, via hormoner eller andre fysisk-kemiske påvirkninger, kan medføre sygdom.

Hvis man som behandler arbejder ud fra apparatfejlsmodellen, søges fejlen eller sygdommen typisk lokaliseret til bestemte steder eller funktioner i den fysiske krop, fx et defekt gen, et brækket ben eller – i forbindelse med diabetes type 1 – ødelæggelse af celler i bugspytkirtlen, så denne kirtel ikke kan producere tilstrækkelige mængder insulin. Behandling ud fra apparatfejlsmodellen er derfor ofte koncentreret om en lille del af det syge menneske.

Apparatfejlsmodellen kan derfor siges at være reduktionistisk i to betydninger:

- 1) Sygdom skyldes kun fysiske eller biokemiske forhold.
- 2) Sygdomme skyldes og giver sig udtryk i, at afgrænsede dele af den fysiske krop er beskadigede eller ikke fungerer "normalt" (se s. 221). Ubalancer i kroppen som helhed – eller i dagligdagen – betragtes ikke som mulig årsag til sygdom, men evt. som en konsekvens af sygdom.

Apparatfejlsmodellen kunne endvidere tænkes at fungere som et kriterium på sygdom (se senere).

Apparatfejlsmodellen benyttes inden for det biomedicinske paradigme i løsningen af sundhedsmæssige problemer. Dette giver sig udtryk i hyppig brug af farmakologiske og kirurgiske behandlinger af både fysiske sygdomme og psykiske sygdomme.

Men også inden for epidemiologisk forskning og i forebyggelse kan modellen benyttes. Det kunne være i en undersøgelse af, hvad kost og livsstil betyder for sygdomsudviklingen, hvis blot der arbejdes i overensstemmelse med, at mentale forhold ikke direkte forårsager sygdom. En livsstil kan medføre sygdom, fordi fx rygning udsætter kroppen for kemiske påvirkninger, der er sygdomsfremkaldende. Stress kunne ligeledes anskues som værende årsag til nogle hormonale processer, der resulterer i sygdom, da det således stadig er biokemiske forhold, som anses for sygdomsfremkaldende. Kun nogle versioner af apparatfejlsmodellen er udtryk for den betragtning,

at mennesket, herunder dets handlinger, følelser og tanker, generelt kun kan være forårsaget af fysiske forhold og ikke af mentale forhold.

Hvis apparatfejlsmodellen anvendes overfor mange forskellige sygdomme, er den et eksempel på en generel sygdomsmodel. Gennem menneskets historie har der været mange andre generelle sygdomsmodeller. De har evt. udgjort grundlæggende teorier i forskellige (sub-) paradigmer og på den måde præget synet på enkeltsygdomme, fx hvordan de skal behandles. En meget omtalt model er følgende.

Den bio-psyko-sociale model – går på at sygdom kan skyldes ikke blot fysisk-kemiske og biologiske forhold, men også psykiske og sociale forhold¹⁵⁴. Ifølge den model kan psykiske forhold have en kausal rolle for udvikling af ikke kun psykiske, men også fysiske sygdomme eller symptomer. Psykiske, sociale og fysiske forhold kan indvirke gensidigt på hinanden.

På den måde står den bio-psyko-sociale model i modsætning til apparatfejlsmodellens reduktionisme overfor psykologiske forhold. Den er således i overensstemmelse med eksistensen af placeboeffekter, og med at nogle fysiske sygdomme direkte kan være forårsaget af fx følelser eller tanker.

Nogle versioner af den bio-psyko-sociale model er også anti-reduktionistiske eller holistiske i den forstand, at helheden, det syge menneske, ikke beskrives eller forklares ud fra delene. Hvis man benytter denne model som udgangspunkt for beskrivelse, forklaring, forebyggelse og/eller behandling af sygdom, anser man helheden for havende sin egen dynamik eller funktionsmåde, som ikke kan forklares ud fra, hvordan delene hver for sig kan forklares. Dette kaldes også systemtænkning.¹⁵⁵

Flere eksempler på generelle sygdomsmodeller:

- Sygdom er Guds straf for skørlevned eller fornægtelse af Gud. Fx skyldes AIDS homoseksuelles umoralske sexliv, ifølge nogle. Det syn blev mindre populært, da HIV-viruset blev opdaget.
- Humoralpatologiske sygdomsmodeller: Sygdomme skyldes forstyrrelser af kropsvæskerne (humorerne). En sådan sygdomsmodel ligger bag Galenske og hippokratiske paradigmer, hvorefter ubalance mellem "de fire legemsvæsker" og bestemte stjernekonstellationer kunne forårsage sygdom. Heraf navnet 'influenza', der betyder indflydelse på italiensk.
- Det mikrobiologiske paradigme (vandt indpas i slutningen af 1800-tallet): Mikroorganismer er sygdomsårsager.
- Miljøfaktor-modeller: Der kan være ydre årsager til sygdommen eller "apparatfejlen", fx miljøet, sociale omstændigheder, kost eller livsstil. En sådan

model kan stadig høre ind under det biomedicinske paradigme, i det omfang årsagsrelationerne dybest set antages at være fysisk-kemiske. Miljøfaktor-modeller kan ligge bag epidemiologisk teori, der dog også kan bygge på den bio-psyko-sociale model.

- Meridianbaneteorien: Der er en særlig livsenergi (Chi), som flyder i visse baner gennem kroppen og kan komme i ubalance, hvilket kan medføre sygdom. Den ligger bag zoneterapi og akupunkturbehandling.
- Andre spiritulistiske holistiske og alternative teorier¹⁵⁶ såsom dem der ligger bag homøopati.
- Eklektisk¹⁵⁷/pluralistisk/pragmatisk holdning: Der må flere tilgange eller paradigmer til – selv overfor den samme lidelse. Tilgang og “sygdomsårsag” afhænger af konkret formål fx forebyggelse (profylakse) eller behandling (terapi).

Hvordan afgør man rigtigheden af sygdoms- og behandlingsmodeller?

Spørgsmål, der drejer sig om rigtigheden eller berettigelsen af en sygdoms- eller behandlingsmodel, rummer typisk mange aspekter eller “underspørgsmål” og er

T *Hvad er en model?*

I nærværende sammenhæng betyder ‘model’ en mere eller mindre teknisk og teoretisk beskrivelse af en given del af virkeligheden. Hermed menes en beskrivelse, der på teknisk vis påstår noget, altså udgør teorier (s. 67), om sammenhænge mellem fænomener.

Som ved al anden beskrivelse bruges generelle begreber til at formulere tekniske modeller. Det betyder, at disse modeller er en simplificering af virkeligheden, da der med generelle begreber fokuseres på nogle forskelle, mens der ses bort fra andre.

Men tekniske modeller simplificerer ofte yderligere. Ved opstilling af dem ses bort fra sammenhænge i virkeligheden, som man ved eksisterer, men som man ikke finder relevant i forhold til det modellen skal bruges til, fx forebyggelse eller behandling af sygdom. Kun sammenhænge, som man finder relevante, inkorporeres i modellen, hvorfor den ikke giver sig ud for at levere et komplet eller fuldstændigt billede af virkeligheden. Det biomedicinske paradigmes generelle sygdomsmodel indbefatter således ikke stjerners indflydelse på jordens bevægelse i universet, da dette ikke anses for vigtigt i forhold til sygdomsbehandling. Her er det nære, biokemiske forhold, som er interessante.

yderst komplekse. Derfor er der stor risiko for, at synspunkter angående rigtigheden af forskellige sygdomsmodeller er fejlagtige. Komplexiteten af diskussioner af sygdomsmodeller vil blive illustreret i det følgende ved en diskussion af apparatfejlsmodellen til brug for behandling af syge mennesker.

Aspekter eller “underspørgsmål” i en kritisk diskussion af apparatfejlsmodellen til brug for behandling af sygdom:

1. Påvirkes målsætningen for en sundhedsfaglig behandling (fx at patienten bliver rask eller tilfreds) af, at den professionelle i sit valg af behandlingsform tager udgangspunkt i apparatfejlsmodellen?
2. Medvirker anvendelsen af apparatfejlsmodellen til at nå målet med behandlingen, eller slår behandlingen fejl, fordi det syge menneske ikke kan opfattes som en defekt maskine? Er der en betydelig placeboeffekt, sådan at troen på, at man får en effektiv behandling, i sig selv kan gøre en rask? Eller er nogle sygdomme psykosomatiske på den måde, at de er forårsaget direkte af tanker, angstfølelse eller andre mentale forhold?
3. Er brugen af apparatfejlsmodellen med til at flytte fokus fra forebyggelse og usund livsstil?
4. Betyder anvendelsen af apparatfejlsmodellen, at behandleren i højere grad blot opfatter patienten som en ting (tingsliggørelse), nærmere bestemt en maskine, der er gået i stykker, og som skal repareres?
5. Hvis behandleren opfatter patienten som en ting, er det så for respektløst og nedværdigende overfor patienten? Er den biomedicinske tilgang på den måde udtryk for et uacceptabelt menneskesyn?

T Placeboeffekt

Der findes mange mulige definitioner af, hvad placeboeffekt er. I denne bog benyttes følgende definition:

Den positive virkning som patientens tro på, at han muligvis får en virkningsfuld behandling, har overfor hans sygdom, hvor denne virkning ikke beror på, at troen ændrer patientens adfærd (som derefter “udefra” påvirker patienten selv på fysisk-kemisk vis).

Nogle forskere mener fx, at virkningen kunne tænkes at fremkomme ved at tro eller overbevisninger direkte påvirker sygdomsprocesser eller ved at trostilstande i hjernen udløser endorfiner eller andre stoffer, som derefter på fysiologisk og biokemisk vis påvirker sygdomsprocessen.

Se mere om definitioner af placeboeffekt i Hougaard E. Hvad er placebo? Ugeskr Læger 2002; 164: 334.

6. Hvis behandleren opfatter patienten som en ting, medfører det så, at behandleren ikke føler sig motiveret til at arbejde så ihærdigt for at nå målet med behandlingen, fx at gøre patienten rask?
7. Bevirker brugen af apparatfejlsmodellen kommunikationsproblemer mellem behandler og patienten?
8. Etc.

En kvalificeret diskussion af sygdomsmodeller bør gå systematisk til værks. Ellers er der tale om useriøs diskussion og "spredt fægtning". Derfor vil hvert aspekt i følgende diskussion af apparatfejlsmodellen så vidt muligt blive diskuteret hver for sig.

Eksempel på diskussion af en generel sygdomsmodel – apparatfejlsmodellen

Det første aspekt på listen ovenfor kunne henvise til, at en behandler, der benytter apparatfejlsmodellen som udgangspunkt for en behandling, kunne være tilbøjelig til at have følgende succeskriterium for behandlingen: "Apparatet fungerer som det skal (fysisk set)."¹⁵⁸ Dette kriterium er nærliggende for en sådan behandler, fordi apparatfejlsmodellen indebærer, at psykiske forhold ikke har betydning for sygdommes udvikling. Problemet med kriteriet er, at det ikke omfatter indre, psykiske forhold såsom smerte og angst. Disse forhold kunne nemlig være relevante som succeskriterier, især hvis målet er at forbedre patientens livskvalitet¹⁵⁹, og hvis man tilstræber patientcentreret behandling.

Denne kritik af anvendelsen af apparatfejlsmodellen behøver ikke være berettiget. En behandler kunne godt både benytte sig af apparatfejlsmodellen som udgangspunkt for valg af behandlingsmetode og samtidig mene, at målet med behandlingen er at gøre patienten smertefri. Her har dog været rejst en anden form for kritik, der også hører ind under første aspekt: Bevirker brugen af apparatfejlsmodellen, at behandleren fokuserer alt for meget på tekniske løsninger af eksistentielle kriser eller lidelser, der er opstået i forbindelse med alvorlig sygdom? Bør sådanne kriser eller lidelser snarere respekteres og værdsættes som passende følelsesmæssige reaktioner, der kræver eksistentielle og etiske samtaler snarere end blot at blive fjernet medicinsk?¹⁶⁰ Heller ikke denne kritik behøver at være berettiget, da en behandler fx både kunne benytte sig af apparatfejlsmodellen i behandlingen af en patients kræftsygdom og mene, at det ville være forkert at have en målsætning om, at patientens angst bør fjernes medicinsk, selvom muligheden foreligger. Diskussionen under første aspekt må derfor primært dreje sig om, i hvor høj grad behandlere psykologisk set formår at skelne mellem, hvilke mål der er med en behandling, og hvilke "midler" (fx brug af apparatfejlsmodellen i behandlingen) der kan benyttes. Denne skelnen er muligvis