

## **Klyftan inom skolmedicinen**

Det är möjligt att betrakta begreppet ”pseudovetenskap” kategoriskt. Utan att nyansera kan man beskriva vissa rörelser – till exempel kreationismen och dess försök att introducera ”intelligent design” som en vetenskaplig teori – som pseudovetenskapliga. Rörelserna är pseudovetenskapliga eftersom de egentligen inte är intresserade av att anamma vetenskapens kritiska metoder, utan strävar efter att använda sig av benämningen vetenskap som en sorts förklädning. Ibland förekommer andra, mer fientliga motiv som förtjänar dem benämningen ”antivetenskap”.

Pseudovetenskapliga anspråk framstår som lätta att känna igen och lika lätta att förkasta. Homeopatins tanke om att ”lika botar lika” har inte låtit sig vetenskapligt bevisas. Alla påståenden som en homeopat faller – om hur vatten bär helande spår av utspädda, giftiga ämnen; om hur man strävar mot att skapa en psykofysisk balans och så vidare – måste därmed betraktas som pseudovetenskapliga.

Det är viktigt att förstå varför vissa påståenden inte lever upp till de krav man ställer på vetenskapliga teorier. Tänk er den grundskola som inte gjorde denna indelning, som inte, till exempel, tog sig an att förklara varför skapelseberättelsen inte kan omkullkasta resultat om Jordens ålder som man nått genom kol 14-metoden. Men också varför den metoden inte behöver betraktas som ett argument *mot* religiös tro.

Samtidigt är det viktigt att den vetenskapliga metoden inte blir den enda bakgrund mot vilken olika omdömen har, eller inte har, en betydelse. För medan man på vetenskapliga grunder granskar och ifrågasätter alternativa behandlingsmetoders anspråk, så är denna granskning av liten betydelse för en person som känner sig hjälpt av en sådan behandlingsmetod.

Med andra ord: anmärkningar om en behandlings pseudovetenskaplighet är inte alltid relevanta, speciellt inte för en människa som upplever att alternativ vård hjälpte där skolmedicinen svek.

Det vetenskapliga och statistiskt mätbara i relation till det personligt upplevda utgör två sammanhang som skolmedicinen har svårigheter att förena. Kanske kunde man påstå, att alternativa behandlingsmetoder upplevs som ett vettigt alternativ eftersom de strävar till att överbrygga klyftan mellan behandlingsmetoden och personen som är i behov av den.

Men hur kan man påstå att här finns en klyfta att överbrygga? Är det inte självklart att den vetenskapligt underbyggda vården handlar om just patienten, om den enskilda personen som är i behov av vård?

Så *borde* det vara, men man kan fråga sig om betoningen av det strikt mätbara ibland överskuggar denna självklarhet.

Den svenska statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, publicerade i mars i år en forskningsrapport där resultaten av olika behandlingsmetoder av långvarig smärta sammanfattades.

Vad SBU tar ställning till är olika behandlingars vetenskapliga underlag. Resultatet behöver inte överdramatiseras: forskningsgruppen har säkert helt rätt när den konstaterar svårigheterna med att vetenskapligt bevisa alternativa behandlingsmetoders effekt på långvarig smärta. I vissa fall konstaterar man att det är omöjligt att säga något alls eftersom forskningen inte är tillräcklig, i andra att behandlingen, till exempel homeopati, är likvärdig med placebo.

En intressant detalj i rapporten – som i det följande används som ett exempel, inte som en beskrivning av rapporten som helhet – är hur man väljer att förklara begreppet ”smärta”. En av SBU:s slutsatser lyder: ”Forskning om behandling av långvarig smärta visar entydigt att det finns ett starkt negativt samband mellan smärta och livskvalitet, d.v.s. att minskad smärta medför ökad livskvalitet (Evidensstyrka 1)”

Den slutsats man har nått fram till, och som man dessutom har starka bevis för (därför ”evidensstyrka 1”), är att upplevelsen av smärta har en avgörande betydelse för våra liv. Följdfrågan blir då: ifall detta är en *slutsats*, vilken var då utgångspunkten? Hur hade

man förstått smärta innan forskningen inleddes?

Formuleringen har troligen sin grund i ett strikt medicinskt sätt att isolera och förklara smärtupplevelsen. Den moderna vårdens möjligheter – att detaljerat undersöka, att ställa diagnos och att behandla – har sina risker. Patienten separeras från sina symptom, läkaren tar ställning till det som är ”relevant”. I värsta fall kan detta leda till att patientens egna beskrivningar eller farhågor negligeras: det som inte kommer fram i läkarundersökningen finns inte. Har ett misstag inträffat kan det kosta liv.

Det är förstås viktigt att en rapport som SBU:s tar upplevelsen av smärta på allvar och på så sätt uppmanar läkare att lyssna på sina patienter och att försöka förstå hur smärta inte är något som enbart finns ”i kroppen”, utan något som i värsta fall tränger in i varje aspekt av livet.

Problemet är att denna uppmaning behövs.

Dan Lolax

[dan.lolax@abo.fi](mailto:dan.lolax@abo.fi)