

Försök till sammanfattning:

Olika vetenskapliga förhållningssätt ger kompletterande beskrivningar

Syftet med Läkartidningens serie om vetenskapsteori var att orientera om den vetenskapsteoretiska diskussionen. Den biomedicinska forskningen vilar på en empirisk och positivistisk grund, men den kliniskt verkliga läkaren ställs allt oftare inför alternativa teoribildningar, kanske främst inom områden som allmänmedicin, samhällsmedicin och psykiatri.

Skall sådana teorier ses som konkurrerande eller kompletterande? Behöver läkare mer kunskap om andra tankemodeller? Kan och bör alternativa vetenskapsteoretiska synsätt integreras också i den medicinska utbildningen och forskningen? Det var några av de frågor som vi hoppades att få belysta i artikelserien.

Perspektivet styr forskaren

Ett gemensamt drag för de fackfilosofer som har bidragit till serien är att de alla har pekat på att kunskap är en komplex företeelse. Aant Elzinga visade att en så enkel fråga som »Varför hoppar grodan?» kan besvaras på mycket skiftande sätt beroende på om man har ett fysiologiskt, molekylärbiologiskt eller evolutionsbiologiskt perspektiv. Delvis är detta en semantisk fråga, dvs hur man tolkar ordet »orsak» (»varför?»), delvis en fråga om man fokuserar på grodan som biologisk varelse eller själva hoppandet som en motorisk aktivitet. Den modell eller det perspektiv som forskaren väljer styr också förklaringen.

Finns en objektiv verklighet?

Martin Edman komplicerade bilden ytterligare i sin presentation av läkaren

Författare

ULF SCHÖLDSTRÖM

tidigare utredningschef, Sveriges läkarförbund

INGVAR KRAKAU

universitetslektor, enheten för allmänmedicin, institutionen för medicin, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

och filosofen Ludwik Flecks skepticism, som ställer frågan om vi kan få kunskap om en av oss oberoende verklighet eller om vetenskapliga övertygelser endast är kulturellt, socialt och psykologiskt betingade.

Fleck avvisade positivismens tanke att ny kunskap uppstår genom observation och menade att kunskap genereras av en annan slags mekanism. Som exempel tog han de genom tiden skiftande förklaringsmodellerna till syfilis. Fleck ansåg att även observationen av de kliniska symtomen formades av en primitiv föreställning, en s k protoidé (t ex gudomligt straff, rubbningar i kroppsvätskorna).

Hur uppstod då Flecks egen teori om hur kunskap bildas? Är den också en social konstruktion, en kulturellt betingad protoidé, undrar den kritiske läsaren. Edmans svar är att Fleck drog en förhastad slutsats när han påstod att protoidéer saknar verklighetsförankring och är helt socialt bestämda. Icke desto mindre är Flecks tankar om existensen av en icke empiristisk kunskapsmekanism nyskapande, menar Edman.

Upplevelsen av sjukdom

Positivismens kunskapsteori granskades också kritiskt av Jan Hartman, som pläderade för fenomenologin som ett komplement till traditionell medicinsk vetenskap. Fenomenologi handlar om medvetandet och dess innehåll, dvs hur människor eller grupper av människor upplever sig själva och sin situation i världen.

Upplevelsen kan vara oberoende av empiriska data. Trots att den inte är »objektivt sann» har den stor betydelse för sjukdomsbilden. Detta får konsekvenser för våra begrepp om sjukdom och hälsa, men det återstår ännu mycket arbete för att klargöra hur sjukdomarnas fenomenologi kan integreras med traditionell medicinsk teori.

Kunskap i allmänmedicin

Hur detta sker i den kliniska vardagen kan emellertid sägas vara ämnet för Carl Edvard Rudebecks, Bengt Mattsons och Nils Lynöes artikel om kunskap och kunskapsutveckling inom allmänmedicin. Den primära kun-



FOTO: PHIL SAVOIE/BECA/NATUR.

SERIE Vetenskapsteori

Med denna artikel avslutas serien om vetenskapsteori. Tidigare avsnitt har publicerats i 35/99.

skapskällan för allmänmedicin – konstaterar de – är klinisk praxis, inte kunskap som utvecklas i laboratorier och kontrollerade försökssituationer. I allmänmedicin är biologiska sakförhållanden nödvändiga men inte tillräckliga förklaringsfaktorer. Sjukdomsklassifikationen är inte nyckeln till att förstå och hjälpa den enskilda människan. Individens upplevelse av hälsa och sjukdom blir i stället central. Jagupplevelsen är förankrad både i kroppen och i kulturella föreställningar om hälsa och sjukdom, liv och död.

En annan vital kunskapskälla i allmänmedicin är läkarens självkännet. Läkarens egna känslor i mötet med patienten berättar också något om patientens problem, och läkarens förhållningssätt spelar stor roll för patientens tillfrisknande och välbefinnande. Sådana komponenter kan inte fångas in med en generell problemlösningsmetod för kliniskt arbete.

Det kliniska beslutsfattandet

Vetenskapliga studier av beslutsfattande kan tillämpas också i det kliniska arbetet. Det visade Ylva Skånér i sin genomgång av huvudinriktningarna i beslutsteorin. Den klassiska beslutsteorin bygger på rationalitet, sannolikhet och förväntad nytta. Dessa begrepp är dock långt ifrån entydiga, och i praktiken ►

ANNONS

föreligger sällan en så fullständig kunskap om alla relevanta faktorer att verkligt rationella beslut kan fattas.

I en klinisk bedömningsanalys är normen i stället en god överensstämmelse mellan individens bedömningar och förhållandena i yttervärlden. Om omgivningen förändras måste en god beslutsfattare också ändra sin bedömningsstrategi. Så har exempelvis ett visst symtom i sjukhusmiljö inte samma betydelse som i primärvården.

Man har studerat hur klinisk bedömningsanalys används i medicinska sammanhang i både diagnostik och terapi. Ofta finner man att bedömaren bara använder sig av en liten del av tillgängliga data, och (kanske mer överraskande) att bedömaren ofta inte har använt de data som han eller hon själv trodde sig ha använt.

Det finns ett tredje forskningsområde som kallas naturalistisk beslutsanalys. Där försöker man att studera hur beslut kommer till under normala förhållanden. Det handlar här om att förstå och beskriva beslut i komplexa situationer, där beslut kommer till successivt och ofta snarare vilar på en helhetsbedömning än en rationell analys av alla tillgängliga handlingsalternativ.

Liten roll i anslagsfördelningen

Vetenskapsteoretiska resonemang har haft en underordnad roll både för de övergripande nationella forskningsprioriteringarna och i den konkreta bedömningen av vilka projekt som skall få finansiering från Medicinska forskningsrådet, konstaterade Håkan Eriksson i en granskning baserad på många års erfarenheter från MFR. Medicinska forskare får heller ingen traditionell

akademisk skolning i vetenskapsteori. Har sådana faktorer bidragit till att svensk medicinsk forskning under senare år inte har varit så nytänkande och nyskapande som för 10–20 år sedan?

Dagens system för forskningsfinansiering riskerar att prioritera kvantitet före kvalitet och gynna väl etablerade discipliner, varnade Håkan Eriksson. Svagare forskningsområden kommer i en Moment 22-situation, dvs de kan inte dra till sig de forskare och ekonomiska resurser som krävs för att genomföra projekt så framgångsrikt att de i sin tur attraherar nya forskare och nya pengar.

För att försöka bryta denna negativa spiral har MFR satsat på särskilda områden, t ex primärvårdsforskning och omvårdnadsforskning. Dessa initiativ har också lämnat intressanta vetenskapsteoretiska bidrag och stimulerat en kunskapsteoretisk diskussion inom MFR. Projektet har givit nya utgångspunkter och referensramar.

Samtidigt kan man skönja en tendens, menade Håkan Eriksson, att den »hårda» biovetenskapen påverkar teorbildningen inom de »mjuka» medicinska disciplinerna. Det finns här alltså både en växelverkan och en vetenskapsteoretisk utveckling som nog inte tillräckligt har uppmärksamats av dem som kritiserar medicinen för bristande vetenskapsteoretisk förankring.

Kan kunskapskulturerna enas?

Skilda kunskapskulturer råder i läkarutbildningen och sjuksköterskeutbildningen ifråga om både innehåll och pedagogiska metoder, demonstrerade Bo Samuelsson med exempel från Göteborg. Vad man lär är svårt att skilja från *hur* man lär. Den medicinska utbildningen är nästan helt biologiskt förankrad, inriktad på informationsöverföring, och använder individuell, skriftlig examination som kunskaps-

kontroll. Sjuksköterskeutbildningen å sin sida präglas främst av beteendevetenskap men har ett betydande biologiskt inslag. Pedagogiskt arbetar den mera med diskussion, och examinationen sker ofta i seminarieform.

De skilda utbildningsprofilerna motsvaras också av skilda forskningsprofiler. Det finns en fara att det uppstår en klyfta mellan den naturvetenskapligt orienterade akademien och den praktiska sjukvården, där flera olika vetenskapsteoretiska modeller lever sida vid sida.

De två kulturerna inom vård, utbildning och lärande måste sammansmältas, konstaterade Samuelsson. Andra kunskapsperspektiv än de rent naturvetenskapliga måste byggas in i läkarutbildningen. Förståelsen för olika former av kunskap och kunskapsutbildning måste få hög prioritet.

Klyftan är nog inte så djup

Att bidra till en sådan förståelse var ett av motiven för vår serie om vetenskapsteori. Artiklarna tyder på att klyftan mellan naturvetenskap och humanism nog inte är så djup som man ibland tror. Forskare inom olika tanketraditioner kan möta varandra med både nyfikenhet och acceptans i medvetande om att vetenskapliga sanningar till sin natur är provisoriska.

Men forskning som vågar utmana dagens sanningar får sällan ordentligt stöd från de traditionella forskningsfinansiärerna, konstaterar Håkan Eriksson efter många års läsning av (i regel tämligen »teorilösa») forskningsansökningar vid Medicinska forskningsrådet. »Spetsforskning, var är Din udd?», skulle man kanske kunna fråga.

Olika vetenskapliga angreppssätt ger kompletterande beskrivningar och tolkningar av den mänskliga tillvaron. Det finns inget enkelt svar på frågan: »Varför hoppar godan?» •

»Här sitter jag, och snart tänker jag hoppa min väg, men VARFÖR jag hoppar, det tänker jag inte tala om. Det får ni grubbla vidare på!»