

Nora Levold og Per Østby

Kultivering og barbarisering:
Perspektiver på helsefeltet

STS-arbeidsnotat 9/01

ISSN 0802-3573-179

arbeidsnotat
working paper

Kultivering og barbarisering: Perspektiver på helsefeltet

"Nettopp ved at lidelsens årsaker som regel er ukjente, viser plutselige sykdommer at gudene følger menneskenes forretninger med oppmerksomt blikk. Det uforklarlige er gudenes uforutsigbare domene. Sykdommer har alltid aktivert fromheten: Hva er det vi har gjort galt? Hvorfor skal akkurat jeg rammes?"¹

Som dette sitatet fra Berg Eriksen illustrerer, har faren for å bli rammet av sykdom alltid opptatt menneskene. Derfor har mennesker også alltid lett etter hva sykdommer er *uttrykk for* eller *betyr*, og ikke minst hva vi skal *gjøre* for å avhjelpe situasjonen hvis, og når, vi rammes. På ulike måter ser det ut til at sykdom og andre helsemessige avvik eller unormaliteter ofte har representert en slags skam. I tidligere tider gikk vi imidlertid til presten både med våre bekymringer og vår skam. I dag henvender vi oss til helsevesenet – til behandleren og terapeuten.

Dermed blir medisinsk diagnostisering og behandling ofte sett på, og brukt som løsningen på, problemer som tidligere ble oppfattet som sosiale, moralske eller uløselige. Det moderne helsevesen har dermed blitt påført, og har påført seg selv, et enormt press. De lange og økende helsekøene kan oppfattes som et konkrete uttrykk for dette. Det samme kan de store forventningene til-, og den deravfølgende store misnøyen med, helsevesenet. Selv om mange av helsevesenets problemer slik sett handler om noe annet ressurser og organisering, blir de vanligvis likevel undersøkt og analysert ved hjelp av strukturelle, økonomiske og/eller organisatoriske perspektiver. Kanskje kunne man med fordel brukt flere og andre perspektiver når man undersøker noe av denne problematikken?

Vårt tverrfaglige paraplyprosjektet *Mellom legekunst og medisinsk teknologi: Kultivering og barbarisering i norsk medisin 1750 til 2000*, ved NTNU, forsøker å gripe fatt i, og forstå, noen prosesser innenfor helsefeltet² med utgangspunkt i et kulturalytisk perspektiv. Det vi først og fremst er opptatt av er kulturelle prosesser rundt utvikling og bruk av kunnskap i dette feltet: Hvilke ulike former for medisinsk kunnskapsutvikling og kunnskapsutveksling finner vi her,- det være seg innenfor ulike tids-epoker, innen og mellom ulike profesjoner eller behandlere? Dette paraplyprosjektets

¹ Trond Berg Eriksen: *Helse i hver dråpe. Innspill om etikk, kunnskap og omsorg*, Oslo, Universitetsforlaget, 1995:57

² Vi bruker begrepet "helsefeltet" isteden for "helsevesenet" fordi førstnevnte begrep fokusere mer på meningsinnhold og betydninger enn på organisatoriske og institusjonelle ordninger.

overordnede problemstilling er altså å få tak på hvordan ulike typer medisinsk kunnskap utvikles, forstås, byttes, "omsettes" eller brukes,- før og nå. Et inntak til dette kan være å studere hvilke type samarbeid eller dialoger det er,- eventuelt har vært, innen og mellom ulike medisinske kunnskapsregimer,- og hvilke konflikter som har utspilt/utspiller seg? Et annet kan være å følge kunnskapsmessige kontroverser over tid innenfor samme kunnskapsregime. Vår hensikt med paraplyprosjektet er *ikke* å bygge bro eller å megle mellom ulike forståelsesmåter, heller ikke å evaluere ulike posisjoners riktighet. Vi er først og fremst opptatt av å se nærmere på ulike helsemessige eller medisinske diskurser: Hvordan disse kommuniserer eller brytes mot hverandre,- enten dette har artet seg som motstand eller som felles interesse.

For å illustrere en liten bit av dette skal vi i denne artikkelen fortelle tre historier fra tre ulike tidsepoker. Alle tre handler om ulike medisinske forståelser og praksisformer. Vi skal ikke gi en fullstendig analyse av noen av dem. Våre fortellinger skal bare gi noen inntak til mangfoldet av kunnskapstyper, og tjene som inngang til diskusjon av noen perspektiver eller "grep" som det går an å legge på forståelsen av kunnskapsutvikling, -utveksling og -bruk i helsefeltet.

Barbariet versus det kultiverte

Men hva med paraplyprosjektets tittel? Hva refererer begrepsparet kultivering og barbarisering til?

For en tid siden gikk den danske serien *Riget* på fjernsyn. I komedien og dramaets form fikk vi se et høyt vitenskapelig, teknologisk, byråkratisk og strømlinjeformet sykehussystem som ble invadert og truet av usynlige krefter, av overtro og sær mystikk. Til tross for "rikets" (det vil si sykehussystemets) solide og moderne fundament, dannet det seg i dette høyt utviklede systemet, en rift hvor mystiske stemmer, bilder og krefter presset seg gjennom sykehusets tykke vegger. Slik fikk vi illustrert hvordan et tilsynelatende velfrisert og velfundert system så og si ble invadert av det usynlige og det umulige, de ufødte og de døde, de gale og de vanskapte.

De som så TV-serien vet at situasjonen utviklet seg gradvis til et tragikomisk møte mellom vitenskap, byråkrati og teknologi på den ene siden, og myter, ånder og overtro på den andre. Samtidig med at man utførte de mest avanserte operasjoner, fant det sted merkelige messer og møter innenfor sykehusets vegger. I noen tilfeller fikk vi se en kamp mellom disse to sfærene, andre ganger så det ut som de to systemene fungerte side om side, uten å berøre hverandre. Hvilke moderne forestillinger var det denne TV-serien utfordret? Hva mente regissøren med å la den rasjonelle, etablerte og moderne kunnskapen/teknologien utfordres av irrasjonelle, ufornuftige og eksotiske krefter?

Forholdet mellom det irrasjonelle og det rasjonelle, mellom det mystiske og det vitenskapelige ble opplagt satt på spissen i denne serien. Likevel: Oversatt til vår språkbruk kan vi si at serien illustrerer to tendenser som preger kunnskapsutviklingen i helsefeltet i vår tid,- kultiveringstendenser og barbariseringstendenser: På den ene siden ser vi en økt satsing på høyvitenskapelig og teknologi-intensiv medisinsk forskning (som for eksempel genforskning, kreftforskning, kikkhulskirurgi mv). På den andre siden finner vi også en sterk vekst i utdanningen av naturmedisinske behandlere

(jmf. Adresseavisen 12.11.01) som på mange og ulike måter forsøker å balansere, harmonisere eller "heale" kropp og sjel. Den vitenskapelige- og den alternative medisinen utgjør altså i dag to kunnskapsregimer som dels er i krig, dels i dialog. Metaforisk kan det ene regimet kalles "kultivert", det andre "barbarisk". Hva ligger det i det?

Den svenske etnologen Jonas Frykman beskriver hvordan det svenske samfunnet i forrige århundre gikk fra å være et tradisjonelt bondesamfunn, i tett samspill og kontakt med naturen, til et moderne, opplyst, hygienisk og det han kaller et *kultivert* samfunn³. Med kultivert mener han ikke bare at lukten av kumøkk og svette forsvant. Han beskriver også hvordan den rasjonelle kunnskapen fortrenget overtroen, åndene og de underjordiske, det vi har valgt å betegne som det barbariske. Også mange andre modernitetsteoretikere og modernitetskritikere har beskrevet lignende prosesser: Fra det uopplyste til det opplyste, fra det irrasjonelle til det rasjonelle, fra det u-vitenskapelige til det vitenskapelige. Dette er for øvrig også en linje i både den generelle vitenskapshistorien og i (den særegne) medisinhistorien⁴.

Fortellingen om den historiske prosessen fra barbariet og inn i det kultiverte samfunn er altså en fortelling om hvordan metafysikken, det irrasjonelle og overtroen ble overvunnet eller kom til å bli *erstattet* av vitenskapen. På medisinsens område skjedde dette, i følge "den moderne fortellingen", først og fremst ved at medisinsens kunnskapsgrunnlag ble radikalt forandret; *fra* tradisjonelle forestillinger og gammel metafysikk *til* moderne empiri og vitenskapelige, verifiserbare eksperimenter. Denne fortellingen utspiller seg langs en lineær akse som bare går én vei,- mot stadig større fremskritt og utvikling.

Men forsvant "barbariet"? Illustrerer ikke nettopp *Riget* at det barbariske i helsefeltet lever i beste velgående, riktignok i randsonen, på siden eller utenfor det *institusjonaliserte* helsevesen. Aromaterapeutens, healerens, kinesnologens og biopatens kunnskap representerer opplagt *virksomme* medisinske kunnskapsregimer i dag,- *ved siden av* den vitenskapelige medisinen. Begrepsparet kultivering og barbarisering henviser derfor ikke bare til en historisk prosess, de kan også brukes til å karakterisere henholdsvis de sentrale vs. de perifere kunnskapskulturene i helsefeltet.

I vår tid er det de medisinske kunnskapsformene som bygger på andre rasjonaler enn skolemedisinen/naturvitenskapen som har rollen som barbariske. Slik har det imidlertid ikke alltid vært. Men kanskje har det vært slik at noen medisinske kunnskapskulturer har vært mer sentrale enn de andre? Som har vært "innenfor" eller spilt rollen som mest kultivert? I så fall kan vi si at de perifere, mer "urene" kunnskapsformer og -utøvere har befunnet seg i randsoner, "utenfor",- som såkalte barbariske former?

Ulike forestillinger om kroppen som syk og frisk

Før vi skal se nærmere på ulike medisinske diskurser i ulike epoker, skal vi se litt på hvordan kroppen,- og forholdet mellom sykdom og helbredelse, har blitt forstått eller fortolket.

³ J. Frykman og O. Löfgren: *Det kultiverte mennesket*, Oslo: Pax Forlag A/S, 1994.

⁴ E. A. Ackerknecht: *A short history of medicine*. Baltimore 1982

Hvis vi går bakover i tid ser vi fort at både den sunne og den syke kroppen er avbildet og beskrevet på et uttall av måter. Det er ikke vanskelig å oppdage at dette mangfoldet også har gitt opphav til mange ulike fortolkninger av hva en "kropp" skal være og brukes til,- og hva en syk kropp blir. Et eksempel er de såkalte Venus-figurene eller morsgudinnene fra ca. 10 000 år f.Kr. Disse figurene framstiller fyldige kvinner, med brede hofter, store bryster og tydeliggjort kjønn. Noen har tolket disse figurenes hensikt som erotisk nytelse for mannen mens han spiste. Andre har påstått at figurene framstilte en magisk og overnaturlig morsskikkelse. Atter andre har påpekt at figurene faktisk viser det synsinntrykk datidens kvinner fikk ved å se nedover sin egen kropp. En nyere påstand er at figurene ikke fremstiller det fysiske, men det sosiale selv. Forstått slik blir figurenes funksjon så å si å knytte naturens og samfunnets orden sammen.

På samme måte finner vi helt fra de tidligste tider "bilder" av den syke kroppen. Per Holck skriver om skjellettfunn fra sten- og bronsealder som viser en blottlagt hjerne, dvs. en hjerne det var utført såkalt trepanasjoner, det vi si gjennombo-ring av hodeskallen. Hvilke forestillinger om sykdom eller usunnhet som lå bak slik virksomhet vet vi ingenting om. Holck mener imidlertid at medisinnmannen opererte som en slags mellommann mellom ånde verden og menneskene.⁵

Hvis vi beveger oss fra den før-kristne over til den kristne perioden finner vi andre og nye metaforiske framstillinger av kroppen. Også kroppen beveget seg så å si fra det før-kristne og "primitive"(barbariske) til det kristne og siviliserte (kultiverte). Riktignok finner vi mange likhetstrekk når vi ser på beskrivelsene og fortolkningene av kroppen, men også interessante forskjeller. Litt spissformulert kan vi kanskje si at vi nå ser en "besjelet" kropp, til forskjell fra en "beåndet". Mennesket på korset var en kropp med bevissthet, følelser og skyld. Skylden var ikke en konkret plikt eller en av-gift til herskeren, man var født med skylden. Fortolket slik hadde mennesket en gjeld å betale. Dermed ble det også nærliggende å fortolke kroppslige plager og sykdommer inn i et slikt perspektiv.

Hvis sykdom var Herrens måte å kreve inn sitt mellomværende på, ble antakelig fraværet av sykdom forstått som skyldfrihet. Dette gjorde "god helse" viktig, men be-handling av sykdommer ble kanskje mer problematisk? Var forsøk på å helbrede syk-dommer det samme som å drive gjøn med Gud? Skulle man heler la naturen gå sin gang, og med det la Guds vilje skje?

Tre perioder – tre fortellinger

Vi er nå kommet til vår første fortelling. Den skal handle om middelalderens medisinske diskurser, og viser nettopp spenninger og flertydighet både mht. hva syk-dommer kommer av og hvordan de bør behandles.

⁵ Per Holck: Norsk Folkemedisin – Kloge koner, urtekurer og magi, Oslo: J.W.Cappelens Forlag A/S, 1996: 12 – 13.

Første fortelling: Barteskjærere, bademestre og klostermedisin i middelalderen

Bønn og botsøvelser sto sterkt som helberdelsesformer i tidlig middelalder. Spesielt avfødte store epidemier, som for eksempel Svartedauen, som raste over Europa på 1300-tallet, en rekke botsmessige praksiser.

Det enkleste botemiddelet var selvfølgelig å be, et annet var å pine den fysiske kroppen slik at man ble verdig til å få tilbake en skyld- og sykdomsfri kropp. Flagellantene er det mest kjente eksemplet på denne typen botsøvelser. Grupper av mennesker dro fra by til by og pisket seg til blods i full offentlighet. Det vi imidlertid også begynner å se i denne perioden, er at man begynte å lete etter sykdommers årsaker utenfor guds straffedomene. Noen mente at det var de vanskapte og urene som spredte død og fordervelse, mens andre hevdet at det var jødene som var årsak til pesten. Også et tredje årsaksforhold ble landsert: Det var mennesker med et spesielt temperament som var spesielt utsatte for smitte, nemlig de som var hete og fuktige på samme tid. Ikke minst skulle smitten da spesielt kunne ramme unge, runde kvinner, med hang til vellystig livsførsel.⁶

Etterhvert kom altså Gud ikke til å eie sykdommer alene. Parallelt med synet på sykdom som Guds straffedom, vokser det også frem andre forståelser i middelalderen. Diverse grupper eller "profesjoner" begynte å ta sykdommer i sin egen besittelse. Et eksempel fra Norge finner vi i Hagland og Sandnes gjengivelse av Bjarkøyretten som er Norges eldste bylov, og en fortsettelse av Frostatingsloven. I Bjarkøyretten finner vi omfattende kategoriseringer av sammenhenger mellom påførte skader, måter å lege skadene på og bøter (straff) for udåden. Der står blant annet:

*"Om ein mann hogg nasen av ein mann, skal han bøta honom tolv øyrar, men tre merker om det følger munnskjedd med. Og det er seks øyrar om ein mann hogg eit øyra av ein mann, men tolv øyrar om kinnbein følgjer med; ei halv mark for kvar tann framme i munnen..."*⁷

*"Om det trengst å skjera i såret på ein mann, då skal det svarast smertebøter. Det gjeld kvar gong det trengst å skjæra. Om han treng vendast på gruve, då er det seks øyrarar i ovundsbot. Ein lækjar skal avgjera det med eiden sin i baa tilfelle. Og i sjukepengar skal det ytast ein øyre i månaden og to månadsmatar i mjøl og smør..."*⁸

Dette forteller noe om en begynnende sammenblanding mellom stat, individ og kropp. Skadene ble kategorisert, gradert og taksert etter hvor alvorlige de var. Skader påført av andre var ikke lenger noe individet alene var ansvarlige for. Det ble et anliggende både for kirke og kongemakt. I det siste sitatet ser vi også henvisninger til vanlige helbredelsesmåter, nemlig å "skjære vekk" eller å "svi ut". De som hadde kunnskap om dette, - og som utførte det, betegner Hagland og Sandnes som "leger", men de spesifiserer ikke nærmere hva de legger i denne profesjonsbetegnelsen. De som skar og svid-

⁶ Aschehougs Verdenshistorie – Europa i krise Bind 6 – Skrevet av Kåre Lunden, Oslo: Aschehoug, 2000: 17-19.

⁷ Jan Ragnar Hagland og Jørn Sandnes: Bjarkøyretten – Nidaros eldste bylov, Oslo: Det Norske Samlaget, 1977: 54.

⁸ Hagland og Sandnes 1977: 65

de var opplagt en viktig gruppe og de var under ed (hva det enn måtte bety) i denne perioden (rundt 1200), men leger i dagens betydning av ordet er nok misvisende. Et annet eksempel, som viser hva ulike behandlere drev med på denne tiden, var utførelsen av en operasjon på en åpen gane (hareskår) i Bergen i 1248. Framgangsmåten, og hvordan det gikk med den som ble behandlet, vet vi lite om. At dette var en vellykket og/eller en hyppig forekommende medisinsk behandling på denne tiden, er det imidlertid all grunn til å tvile på. Å utføre en operasjon som var såpass komplisert må ha hatt en spesiell grunn. Opptegnelsen av tildragelsen⁹, forteller at kong Håkon Håkonsen var en av tilskuerne til opptrinnet. Kanskje var det slik at Vilhjálmr, den tyske barberkirurgen som utførte operasjonen, gjorde dette for å reklamere for seg selv og sitt håndverk? Eller ville han knytte seg opp mot kongemaktens styrke og legitimitet?

Barberskjæerne, barteskjæerne eller bademestre var personer, grupper eller "profesjoner" som utøvde ulike former for medisinsk håndverk på skader og sykdommer. Deres virksomhet begrenset seg stort sett til ulike former for inngrep på kroppens utside. Når det gjaldt de indre sykdommer utførte de kun koppsetting og satte klystér. Mye av virksomheten til barteskjæerne dreide seg derfor om å stikke hull på, skjære vekk eller brenne ut sår og byller med glødende jern. Utbrenningen ble ofte utført mens man fremsa såkalte blodstemmingsformler. Sårene ble også ofte ilagt ulike urter og sydd sammen med silketråd eller senetråd. Selv om man egentlig vet lite om både helse, sykdom og helbredelsesformer fra denne tiden, tyder alt på at dette var en virksomhet som kombinerte det håndverksmessig praktiske, med ulike former for bønner og besvergelses.¹⁰

Ved siden av barteskjæernes håndverksmessige virksomhet, hadde også middelalderen sin "vitenskapelige" eller "kultiverte" medisin. Klostrene var gjennom hele middelalderen (og fram til vi fikk den universitetsdrevne medisinen) en etablert og sentral bærer og utøver av en form for systematiserende medisinsk kunnskap. De dyrket urter, systematiserte, "forsket på" virkninger og foreskrev kurer. Datidens vitenskapelige kunnskap, om vi kan kalle den det, fantes derfor hovedsakelig innenfor klostrene og kirken.

I tidlige skrifter fra klostrene finner vi ikke mange terapeutiske råd, derimot vektlegges urtenes betydning i behandlingen av de syke. Påfallende mange av urterådene er skrevet i verseform, uten at man vet hvorfor. Kunne det være fordi bruk av urter var å tukle med guddommens eget domene?

Medisinhistorikeren Vivian Nutton løfter frem det medisinske miljøet i Salerno, Italia som en viktig kunnskapskilde for klostermedisinen. Hun skriver om dette som "The change from Dark Age medicine, to..."¹¹ Nuttons begrepsbruk antyder altså en todeling med hensyn til de medisinske kunnskaps- og praksisformer allerede tidlig i middelalderen: Hun skiller mellom det fortidige, mørke og ulærde (barbariet), og noe nytt som var opplysning, kunnskap og utvikling (det kultiverte). Miljøet i Salero-klostrene inspirerte forøvrig andre klostre til en medisinsk praksis som innebar en

⁹ I. Reichborn-Kjennerud, Fr. Grøn og I. Kobro: *Medisinens historie i Norge*, Oslo, Grøndahl & Søn's Forlag, 1936: 22.

¹⁰ I. Reichborn-Kjennerud: "Farsotter og lægehjelp" i Anders Bugge og Sverre Steen: *Norsk Kulturhistorie – Billeder av folkets dagligliv gjennom årtusener*, Oslo, J.W. Cappelen, 1939.

¹¹ Vivian Nutton: "The Rise of Medicine" i Roy Porter: *Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996: 74.

kombinasjon av urteresepter og Galens humoralpatologi. Sentralt hos Galens og hans etterfølgere sto kunnskapen om de fire ulike kroppsvesker, gallene, og hvordan en eventuell ubalanse mellom dem skulle kureres gjennom oppkast, svette, avføring osv. Det ble også laget et høyt utviklet system hvor man kategoriserte smak, farge og bunnfall i urinen. De som utøvde denne medisinen brukte blant annet detaljerte fargekart som beskrev urinens ulike farger og innhold. Undersøkelsene og diagnosen kunne også bestå av å sjekke temperatur, pust og puls.¹²

Selv om det altså visse steder, som i Salerno, ble bedrevet mer systematisk undervisning i medisinske kunster, var likevel de fleste former for ytre helbredelse knyttet til håndverkere av ulikt slag. Disse kroppens håndverkere kunne også reparere beinbrudd og forstuinger. Beinbrudd ble utbedret ved at man varmet og myket opp bruddstedet, deretter ble det brukne benet forsøkt plassert i riktig stilling. Denne metoden viser at det antakelig eksisterte et samspill, eller en form for kunnskapsutveksling mellom det lærde (det kultiverte), og det håndverksmessige og folkelige (barbariet): Nettopp oppvarming i behandlingen av beinbrudd var et kjennemerke på behandlingsmetodene som ble lansert av Salerno. Så selv om det medisinske feltet i middelalderen var todelt, har det antakelig foregått former for samvirke eller kunnskapsoverføringer. Dette vet vi lite om, - og en nærmere utforskning av dette ville vært særs interessant. Hvorfor ble for eksempel klostermedisinen opplagt mer sentral enn barteskjærene? På samme måte som at dagens skolemedisin har befestet en kunnskaps- og praksismessig autoritet gjennom koblingen til naturvitenskapen, var det kanskje slik at datidens kloster- og kirkemedisin hadde sin autoritet fra det trosgrunnlag som kirken forvaltet.

Også Pia Bennike og Anna-Elisabeth Brade rapporterer i boka: *Middelalderens sykdomme og behandlingsformer i Danmark* om en todelt sykdomsforståelse i dansk middelalder. I deres utlegning var denne klassebestemt: Den første var, som klostermedisinen, preget av det galenske lærebildet om å granske de fire galler, og var beregnet på de lærde og få. Den andre var et meningsunivers som allmuen benyttet seg av, og folkelig sammensatt av alt fra hedendommens besvergelses til ulike former for barbariske inngrep. Vi kan altså si at mens den første forståelsen kan karakteriseres som rimelig "kultivert", dvs vitenskapsbasert og systematisert, representeres "barbariet" også i Danmark av de mer praktisk anlagt barteskjærene og bademestrene i byene.¹³ Bennike og Brande sier imidlertid ingenting om eventuelle dialoger mellom de ulike kunnskapspraksisene.

Det vi altså kan lese ut av middelalderens former for medisinsk kunnskap og praksis, er en kontinuerlig spenning i forholdet mellom den ytre kur (kroppens utside) og menneskets innside (de usynlige prosessene bak huden, som i sin ytterste konsekvens igjen kunne tilbakeføres til sjelen).¹⁴ Klostrenes virksomhet ble gradvis avgrenset til å gjelde det indre av kroppen. Utsiden, dvs. alt fra skader, betennelser og sår, ble en virksomhet som barteskjærene tok kontroll over. Klostrene fortsatte imidlertid med å diagnostisere med urinprøver og kurere med urtekurer. Vi finner også her åpenbare

¹² Pia Bennike og Anna-Elisabeth Brade: *Middelalderens sykdomme og behandlingsformer i Danmark*, København 1991: 36-37.

¹³ Pia Bennike og Anna-Elisabeth Brade: *Middelalderens sykdomme og behandlingsformer i Danmark*, København 1991: 32-33.

¹⁴ Bennike og Brade 1991: 34 - 35.

paralleller til dagens situasjon: Noen måter å diagnostisere og kurere på blir definert som "innenfor" eller mer legitime, mens andre defineres ut, forsvinner eller blir tatt opp av andre profesjoner. Vi ser også at noen helbredelsespraksiser blir sterke ved at de gjøres mer legitime gjennom tilknytning til maktinstitusjoner. Noen søkte sin støtte i religionen, mens andre søkte kongemakten.

Middelaldermedisinen var altså hetrogen. Den førvitenskapelige medisinen var både knyttet til magi og overtro, og til systematiske forsøk i klostrene og erfaringsopp-samling. De to sistnevnte kunnskapsformene blir viktigere og viktigere i perioden et-ter,- eller i den perioden som vår neste fortelling tar for seg.

Andre fortelling: Fra mørke til opplysning

Hvis vi beveger oss fra høymiddelalderen til tiden mellom 1700 og 1900 finner vi flere interessante utviklingstrekk. Perioden karakteriseres av mange som en overgangsperi-ode mellom middelalderens medisinske praksis og vår moderne, høyt vitenskapelig og teknologisk medisin¹⁵. Men overganger skjer som kjent aldri fra en dag til den neste, eller fra det ene året til det andre.

I denne perioden, hvor den nye naturvitenskapen vokste frem, inneholder også den offisielle medisinske historien fortellinger om hvordan ulike kunnskapssyn og praksiser møtes: De slo inn i hverandre, over i hverandre eller nedkjempet hverandre. Dag Skogheim gir en illustrerende beskrivelse av flere parallelle kunnskapsregimer i boka *Tuberkulosens kulturhistorie*¹⁶. Skogheim beskriver hvordan gamle eller tradi-sjonelle medisinske diskurser og praksiser utviklet seg parallelt med nye vitenskapeli-ge og teknologiske.

Legeprofesjonen (og nå er det snakk om utdannede leger) brukte høyt utviklede, men håndverkspregede og kunstaktige lytte og diagnoseteknikker i diagnosen i forbin-nelse med tuberkulosen. I en periode sto Auenbruggers perkusjonsmetode og Laënnecs auskultasjonsmetode sterkt i profesjonen. De var basis for utviklingen av et helt sy-tem av banke – og lyttemetoder. Noen utviklet sogar et helt "notesystem og partitur" for å bestemme hvor sykdommen (tuberkulosen) satt og hvor langt den var utviklet. I denne typen partitur betydde f.eks. et kryss en liten blære, en trekant en tørr blære og en sirkel med prikk en klingende blære, osv. Lytteekspertene kunne med hjelp av mu-sikken kjenne hver lyd og hvert stadium i sykdommen¹⁷.

I samme periode, men kanskje med enda større styrke, la naturvitenskapens fremvekst (og dens sterke kobling til teknikk) grunnlaget for helt nye former for kunn-skap, også innenfor legenes rekke. Robert Kochs bakteriologiske vitenskap og Louis Pasteurs miltbrannvaksine må, i tillegg til at de var sterkt koblet til naturvitenskapen, sees i lys av den teknologiske utviklingen, særlig frembringelsen av mikroskopet. Med mikroskopet kunne man se og demonstrere sykdommers årsaker (det vil si bakteriene) slik som de egentlig var. Men også andre, nye instrumenter medførte at kroppens funksjoner kunne måles, tallfestes, beregnes og abstraheres. Dermed var grunnlaget

¹⁵ W. F. Bynum: *Science and the practice of medicine in the nineteenth century*, New York, Cambrid-ge University Press, 1994.

¹⁶ Dag Skogheim: *Sanatorieliv – Fra tuberkulosens kulturhistorie*, Oslo: Tiden Norsk Forlag, 2001.

¹⁷ Skogheim 2001: 46 – 48.

lagt for en type medisinsk kunnskap og praksis som i prinsippet var løsrevet fra den konkrete kroppen.

Som en tredje linje i dette finner vi fortsatt de folkelige og mer spesielle helbredelsesmetodene. Ennå på 1800-tallet var det ikke uvanlig at noen trodde at blod fra et menneske som døde en voldsom død kunne helbrede. Skogheim henviser til H. C. Andersens bok *Mit Livs Eventyr* som forteller om hvordan foreldrene til en gutt med epilepsi hentet blod fra en nylig henrettet, ga til den gutten, og løp deretter "afsted med ham i vild flukt, til han sank til jorden."¹⁸

Her ser vi altså eksempler på at den folkelige troen og de folkelige praksisene levde videre i beste velgående. Samtidige forhandlet også en slags "praktisk medisinsk ekspertise" (som utviklet sine behandlingsformer videre gjennom å systematisere erfaringer,- jf notepartiturer) med en ny type medisinske eksperter eller forskere: De som utviklet kunnskap med utgangspunkt i den nye naturvitenskapen og teknologien. Noen av disse forhandlingene blir inngående studert i et dr.gradsarbeid under vår prosjektraply¹⁹.

Av disse eksemplene ser vi at det altså fantes et spekter av ulike typer medisinsk kunnskap og måter å kurere sykdommer på også i denne perioden. Noen beveget seg opplagt i en form for periferi, og forble der. Andre virket i et slags rom mellom det som ble sett på som vitenskapelig og det som ble betraktet som håndverk eller kunst. Mellom disse var det antakelig ulike former for dialoger og kamper. Den vitenskapelige medisinen kom seirende ut av disse kontroversene og lyktes med å etablere seg med større tyngde som "riktigere", bedre og mer virksom enn både legekunsten og folke-medisinen.

En viktig medvirkende årsak til dette var selvfølgelig den vitenskapelige medisinen innrulling av staten. I denne perioden ble det offentlige helsevesenet bygget ut. Det medførte at ett kunnskapsregime fikk en markant forrang fremfor de andre. Dette regimet var også i voldsom vekst og tilbød stadig nye botemidler på lidelser som folk før hadde holdt ut fordi det ikke var noe alternativ. Samtidig ble det etter hvert vedtatt en lov mot kvakksalveri som stengte alle "konkurrenter" ute.

Den nye medisinske vitenskapen

Den nye medisinske forskningen rettet seg på denne tiden, i likhet med den praktiske legekunsten, mot de alvorlige folkesykdommene og epidemiene. Dag Skogheim referer til flere eksempler på denne forskningen. Han siterer blant annet fra en avis:

"Til Reuters Office meddeles fra Manila at i en liten by foretok noen leger i vitenskapelig øiemed inpoding av kolera paa fængslets fanger. 10 av fangene skal være avgaaet ved døden. Inpodingen skal være blevet inficeret med byldepest-gift. Generalguvernøren erklærede lægerne skyldfri og har lovet at sørge for at fangenes familier ikke kommer til aa lide nogen nød."

¹⁸ Skogheim 2001: 40.

¹⁹ Jan Groven Grande: "Det medisinske blikk" (arbeidstitel), Dr.art avhandling under arbeid (kommer 2002), Institutt for tverrfaglige kulturstudier NTNU, finansiert av NTNUs tverrfaglige midler

Skogheim refererer også et annet eksempel hvor en tolv år gammel gutt ble brukt for å undersøke hvordan syfilis smittet, Skogheim skriver med referanse til avisen Nordlys i 1909:

*"Paa forsiden av høire laar blev huden ved hjælp av en koppersneppert snittet, og i de friske blødende snit indførtes væske fra syfilitiske hudsykdomme dels ved hjælp av en flat trepinne ved paasmøring, dels ved let indgniding med charpi dyppet i væsken. Hele saaret dækkedes med en let forbinding. I de første dager av oktober var sygdomsbildet saa tydelig at enhver læge som saa den syge straks maate se, at nu hadde gutten syfilis."*²⁰

Over hele den vestlige verden ble det altså på denne tiden utført forsøk med levende pasienter i den nye vitenskapens navn. Mange av disse forsøkene var påfallende brutale, og påførte de menneskelige forsøkskaninene, pasienter på sykehus og innsatte på ulike typer institusjoner, store lidelser. Disse, nesten desperate, forsøkene på å prøve ut bakteriologien nyvinninger, kommer tydelig til uttrykk når vi vet at leger til og med smittet seg selv for å kunne undersøke smittens veier/måter og konsekvenser. Samtidig sier disse forsøkene også noe om hvordan man betraktet fanger, internerte og syke på institusjoner. De mer ekstreme innslagene forteller kanskje noe "målets" betydning og middelets irrelevans i denne nye vitenskapens barndom. De forteller også noe om sider ved "kultiveringen" som vi langt fra kan betraktes som "kultivert".

Satt på spissen kan vi si at sykdommer og sykdommens årsaker ble løftet ut av kroppen, og flyttet over i laboratoriets reagensglass og kolber. Sykdommen ble et fenomen i seg selv, noe som kunne og skulle undersøkes, måles, analyseres og kategoriseres, i sin "rene", dvs. mest mulig abstrakte og standardiserte form.

Og disse kultiveringens misjonærer lykkes: Louis Pasteur greide i 1878 å vise (og å overbevise andre vitenskapsmenn) om sammenhengen mellom de aktive bakteriene og sykdom. I de påfølgende årene arbeidet han med en rekke forsøk med manipulerter kulturer av sykdomsbakterier, blant annet med miltbrannbakterien, som han sprøytet inn i friske dyr. Når disse dyrene ble utsatt for ny smitte, overlevde de, i motsetning til forsøksdyr som ikke var vaksinert. Siden tap av buskap ble var et stort samfunnsmessig problem, falt Pasteurs arbeid sammen med sterke samfunnsinteresser, og ble dermed en enorm suksess. Andre, som Robert Koch, påviste først miltbrannsporene, senere fant han koleravibrionen og til slutt, i 1882, tuberkelbakterien.²¹ Videre ble legen Ignaz Phillip Semmelweis en talsmann for streng hygiene ved fødsler og operasjoner, fordi han skjønnte at legene kunne bringe med seg smittestoffer.

Etterhvert som den nye vitenskaplige kunnskapen økte (innenfor anatomi, biologi og fysiologi), forandret også "bildet av mennesket" seg, både det medisinske og det samfunnsmessige. Kroppen ble etterhvert forstått som en abstrahert størrelse, som man kan studere gjennom smittestoffer og sykdomsarter. "Maskinen" ble en annen inspirasjonskilde. I det fysiologiske "verdensbildet" kan det meste deles opp eller utkrystalliseres. Alt kan omskapes til mekanismer og beskrives med maskinmetaforer. Det ble satt i gang dyreforsøk som skulle vise at kroppens ulike deler oppfører seg lik en maskins ulike deler. Kroppens inntak og omsetning av næring og oksygen ble et yndet eksempel, nervetråder og musklers samvirke et annet.

²⁰ Skogheim 2001: 90.

²¹ Porter 1997: 439-444.

Taylorismens far Frederick W. Taylor beskriver på slutten av 1800-tallet også det *sosiale* mennesket som et "funksjonelt element" i en sosial verden av produksjonssystemer. Dette var kanskje en logisk konsekvens av fysiologiens framstilling av det *biologiske* mennesket i maskinmetaforer (alle kroppsfunksjoner deltar i et funksjonelt hele)? Mens den nye medisinske vitenskapen altså deler opp og abstraherer *kroppen*, forenkler og abstraherer funksjonalismen/taylorismen *mennesket* slik at det kan tilpasses en samfunnsorganisme. Taylor skrev: "*In the past man has been first, in the future the system must be first*". Både den nye naturvitenskapen og den nye samfunnsvitenskap bidro dermed til en forståelse av den levende kroppen som en tankeløs og følelseløs kropp. Nå ble det detaljerte skjema, tabeller og statistikker som beskrev kroppens bevegelser og handlinger, ikke impulser, fornuft eller følelser.

Denne menneskets oppdeling, abstrahering og refigurering (en form for kultivering) kan vi videre avlese hos modernismens kunstnere: Michel Duchamp lar sin brud stige ned trappen i form av en abstrahert og bevegelig maskin. Franscis Picabia fremstiller i 1915 en naken, ung, amerikansk kvinne som en tennplugg hentet fra en katalog for bildeler! Arkitekten og designeren, Le Corbusier, som ville humanisere maskinalderen, tegnet ikke bare hus og byer, han skapte også det nye mennesket, The Modular Man. Her er den naturaliserte kroppen omdannet til en abstrakt kropp forvrenget etter det gyldne snitts prinsipper og regler.

I perioden, fra 1700 til 1900, er det opplagt at det kultiverte helsefeltet vokser på bekostning av det barbariserte, men det *erstatte* det ikke. Det eksisterer fremdeles flere diskurser og praksiser som løper parallelt, - innenfor den praktiske medisinen, innenfor den vitenskapelige og innenfor den folkelige medisinen. Men den vitenskapelige medisinen makt øker altså på bekostning av de andre praksisformene, - for det er til denne det knyttes institusjoner og velferdsordninger. Vi vet litt om hvordan den praktiske og vitenskaplige medisinen samhandlet eller "forhandlet". Men legenes eventuelle kunnskapsutveksling med folkemedisinen ligger fremdeles i mørke. Den gjeldende medisinhistorien har i overveiende grad konsentrert seg om å beskrive den vitenskapelige medisins fremvekst og seire.

Tredje fortelling: Vår kultiverte tidsalder?

Vi har en tredje fortelling. Den er verken fra middelalderen eller opplysningstiden, men fra vår egen (sen-moderne) tid. Også den reflekterer flere sykdomsforståelser og behandlingsmåter som lever parallelt i samme samfunn, jmf innledningsvis om *Riget*. I denne fortellingen aner vi imidlertid en ny form for medisinsk kunnskapsutveksling. Hvorvit dette er tilfellet og hvordan den eventuelt ser ut, er også under utforskning under vår prosjektparaply.²² I denne siste fortellingen skal vi imidlertid flytte fokuset fra behandlerne til pasienten. For i vår tid legges behandlingsalternativene frem for pasientene på et marked, et helsemarked, som "brukere" selv kan velge fra. På dette marked er imidlertid den vitenskapelige (kultiverte) medisinen den absolutt mektigste aktøren, bl.a. fordi den er den eneste som subsidieres av staten.

²² Margrethe Aune og Nora Levold: Kunnskapsutvikling og kunnskapsutveksling: Dialoger mellom skolemedisinere og akupunktører omkring smertebehandling. STS Prosjektnotat 2000.

Vår pasient, Kari Olsen, våkner en morgen med smerter i bukhulen. Etter besøk hos sin faste lege får hun henvisning til en spesialist i indremedisin ved nærmeste sykehus. Her gjennomgår hun flere undersøkelser, blant annet med ultralyd. Legene finner en svak skygge på nyrene. Det kan være nyrestein, men de kan ikke utelukke kreft. Et røntgenbilde som blir tatt samme dag viser imidlertid ingen ting. Etter dette gjennomgår hun røntgen med kontrastveske. Heller ikke nå kan man med sikkerhet si om dette er nyrestein eller noe annet. I mellomtiden blir Kari henvist til fysioterapeut for å se om problemet i stedet sitter i ryggen.

Stadig mer bekymret og plaget av smerter blir Kari sykemeldt, og settes på venteliste for utredende operasjon. Siden sykdommen ennå ikke kan betraktes som akutt, havner Kari på en liste med seks ukers ventetid.

En god venn forteller Kari om en ny behandling hun har hørt om. Den går ut på å spise en viss type urter i to uker. Behandlingen skal i mange tilfeller ha drevet ut steiner fra nyrene. Kari kjøper urtene og starter behandlingen. I denne perioden føler hun seg bedre og er også tilbake på jobb. Men to uker etter at hun startet kuren kommer smertene tilbake, denne gangen sterkere enn før. Med store smerter blir Kari lagt inn for omgående behandling.

På operasjonsstua åpner legene to små hull i siden på Kari. Deretter føres det inn to rør. Det ene røret inneholder et lite kamera, mens det andre har en liten klo, beregnet på å knuse og eventuelt fjerne nyresteiner. Legene oppdager, ikke uventet, en stor nyrestein som blir knust inne i nyrene. Restene blir deretter skylt ut med urinen. Etter operasjonen settes Kari på to typer medisin. Den ene, en smalspektret antibiotika skal stoppe eventuelle betennelser, mens den andre, cortison, skal få sårene til å gro raskere. To uker senere er Kari helt frisk og tilbake på jobben.

Sykdommen har imidlertid gjort Kari mer oppmerksom på kroppen enn før. I tillegg er hun ikke lenger så sikker på i hvilken grad noen er i stand til å ivareta hennes potensielle sykdommer. I løpet av sykehusoppholdet har hun kjent på en usikkerhet, ja kanskje en angst, som ikke helt vil slippe taket. Mens kroppen friskner til med stor hastighet, føler Kari seg samtidig mer og mer utmattet, utslitt og uvel.

Hun tar kontakt med den fysioterapeuten hun var hos som også er akupunktør. Han anbefaler en kinesilog som kan bekrefte at kroppen hennes er frisk, men helt uten energi. Kinesiologen foreskriver inntak av diverse salter og mineraler og råder henne også til å søke hjelp hos en psykolog.

Hvor pigg Kari til slutt kom til å føle seg, skal vi la være opp til den enkelte leser å dikte videre på. Historien om Kari viser oss imidlertid to markante, og delvis motstridende, trekk ved helsefeltet i vår egen tid:

Den forteller oss noe om den kultiverte eller vitenskapelige medisins enorme suksess. Den har for eksempel utviklet diagnostiserings- og operasjonsteknikker man for bare 50 år siden ikke kunne forestille seg. Men historien om Kari Olsen forteller også noe om dagens "uro" med hensyn til sykdom og helse. En uro som legene først kjempet for å være de eneste mottakerne for, men som de etter hvert ser ut til å "knele" under presset fra. For selv om utviklingen av stadig mer raffinert medisinsk kunnskap&teknologi har gjort både diagostisering, overvåking og helbredelse av sykdom lettere, har dette også hatt andre konsekvenser. Teknologien og den vitenskaplige medisinen har også dequalifisert pasienter/mennesker som eksperter på egen kropp. Vi

kan/tør ikke lenger avlese kroppen med våre egne sanser. Vi trenger hjelp av stadig mer sofistikerte instrumenter. Paradoksalt nok ser det ut til at dette ikke bare har gitt oss økt trygghet, men også økt utrygghet. Dette er en form for utrygghet eller uholdbar risiko som flere har påpekt at kjennetegner de senmoderne samfunn.²³

Modernitet?

I fortellinger om fremveksten av det moderne har altså ulike kultiverings-prosesser fått en fremtredende plass, jfr. Frykman og Løfgren. Innenfor helsefeltet betyr det at vi vanligvis snakker om en overgang fra en metafysisk, tilbakestående og "uren" medisinsk praksis til en opplyst, kultivert og "ren" variant. Det er først og fremst vitenskaps- og teknologiutviklingen som har hjulpet oss med å skille ut og overvinne, dvs. komme oss bort fra det irrasjonelle, det urene, smitten, naturkatastrofer og pester, og over i en tryggere tilværelse. Men var det det som skjedde? Eller er det *bare* det som har skjedd?

I utviklingen og fremskrittets navn ble en av modernitetens hovedstrukturer nettopp å "ordne" eller skille ut: Det rene fra det urene, det normale fra det unormale, det fornuftige fra det ufornuftige.²⁴ Og den moderne vitenskapen ble det viktigste verktøyet i så måte.²⁵ Men som TV-serien *Riget* altså illustrer: Det ser ut til å være noe som gjør at barbariet altså tyter inn igjen i det "rene", gjennom ulike rifter her og der. Og mot en mer sentral plassering?

Det er imidlertid ikke sikkert at dette (bare) er et kjennetegn ved det senmoderne samfunn? Eller at det *bare* er det? Teorier om store samfunnsendringer, slik som teoriene om "fremveksten av det moderne og dets konsekvenser" har slik sett noen haker. De er makro- (eller meta-)teorier som hovedsakelig fokuserer på tendenser og trender i "det store og hele". De beskriver større strukturelle forandringer, men sjelden *hvordan* ulike aktører/aktørgrupper har handlet. Dermed mister de ofte de aktørforutsetningene som ligger/lå bak de større forandringene, - og de forteller lite eller ingenting om de/det som ikke vant frem. Dermed forsvinner alle "mot-tendenser", som nok var der, men som tapte underveis, ut av fokus. Spørsmål som: "Hvem ville hva? Og hvordan arbeidet de for å realisere det?" forsvinner ofte ut av makroanalyser. Hvis det nettopp er dette man er opptatt av, slik vårt prosjektsamarbeid er, kan et litt annet inntak være bedre.

Små fortellinger om store saker?

Også vi er opptatt av forandring, men mer av *hvordan* forandring foregår/har foregått i konkrete tilfeller, og hva den har bestått i for de involverte aktører. Dermed må vi flytte fokuset til handlende individer/grupper og forhandlinger mellom disse; mot de

²³ Anthony Giddens: *The Consequences of Modernity*, Stanford, Stanford University Press, 1990.

²⁴ Zygmunt Bauman: *Modernity and the Holocaust*, Polity Press 1989

²⁵ Mary Douglas: *Purity and Danger, An Analysis of the concepts of pollution and taboo*, London: Routledge, 1996. Carroll Pursell: *White Heat – people and technology*, Los Angeles, University of California Press, 1994.

konkrete prosesser og relasjonene som forandringen må ha inneholdt/inneholder. For å gripe dette er et "nedefra-perspektiv" eller "mindre fortellinger" en bedre strategi enn modernitetsteorier. Vi spør: Hvilke aktørgrupper deltok? Hvilke visjoner og scenarier utviklet de? Hvor mye og hvilken type ressurser hadde de til rådighet? Hvilke handlingsstrategier forsøkte de? Hvorfor lyktes/mislyktes de? Slik er det mulig å dekomponere store fortellinger om "enhetlig" samfunnsendring til mange, mindre fortellinger om både forandring og stabilitet, brudd og kontinuitet, om mange forhandlinger og flere parallelle prosesser,- om et både/og.

Vårt tverrfaglige paraplyprosjekt: *Mellom legekunst og medisinsk teknologi: Kultivering og barbarisering i norsk medisin 1750 til 2000* går derfor utenom "den store fortellingen" om fremveksten av det moderne helsevesen. Vi undersøker noen "lokale" situasjoner,- både i fortid og i nåtid, nedenfra. Vi arbeider med så ulike aspekter som kontroverser *innenfor* den vitenskapelige medisinen på 1800-tallet²⁶, kunnskapsutveksling mellom skolemedisin og alternative behandlere i dag, og psykiatri som disiplinering og/eller frigjøring.

Kunnskaphåndtering som grensearbeid

Det som altså forener prosjektene under vår paraply er opptattheten av *lokale* situasjoner, og av kunnskapsutvekslinger (som kriger og/eller dialoger) mellom ulike kunnskapstyper, flere tendenser og bestemte aktører. Samtidig som ulike kunnskapsprodusenter ("profesjoner") innenfor helsefeltet arbeider med kunnskapsutvikling som et kognitivt prosjekt, arbeider de også med andre prosjekter.

Kanskje handler kunnskapsutvikling også om å "arbeide" frem sin egen kunnskap som mest mulig legitim eller relevant for bestemte formål? Kanskje kunnskapsforhandlinger mellom ulike kunnskapskulturer også handler om å trekke grenser, vokte grenser eventuelt utvikle nye grenser mellom det som skal være relevant og det som skal være mindre relevant, mellom det som skal være "innenfor" og det som skal være "utenfor", mellom det kultiverte og "barbariet"?

Forhandlingene mellom klostermedisinen og bartseskjærere i middelalderen kan også sees i et slikt perspektiv. Selv om tidligere middelalderforskning ikke har vært opptatt av dette aspektet, kan vi (slik vi har fremstilt det) ane åpenbare kontroverser, men også dialoger, mellom ulike medisinske diskurser og praksiser: Hva var det for eksempel som foregikk da klostrene gradvis sa fra seg retten til å utføre inngrep på kroppens ytre deler, og overlot dette til en "ekstern" profesjon, nemlig bartseskjærerne? Å følge kontroverser omkring medisinsk kunnskap i middelalderen, dvs avdekke hvem som arbeidet for hvilke grenser, og hvordan, ville vært særs interessant. Å undersøke hvilke ressurser de ulike aktørene hadde og brukte, hvem de innrullerte osv ville i tillegg til å gi interessant bidrag til forståelsen av middelalderens medisinske praksis, også kunne gi et godt inntak til å forstå sosiale og politiske forhold på denne tiden.

Men hva med vår egen tid? Forteller historien om Kari Olsen noe om grenser som er i endring, og om samtidige sosiale og politiske forflytninger? Hvilke kunn-

²⁶ F.eks diskusjoner om bruk av livmormassasje vs. livmorskirugi, se Jan Groven Grande: "Infeksjoner og deviasjoner i norsk kvinnemedisin ca 1850-1880". STS-notat 2001, kommer.

skapsmessige utfordringer arbeider fysioterapeuten (eller legen) som etterutdanner seg som akupunktør, med? Og hvilke sosiale ordninger blir samtidig reforhandlet?

Vi registrerer at forventningene til den vitenskapelige medisinen i dag er blitt så skyhøye (alle mener å ha "rett" til å bli kurert for "alt", raskt og uten "feil") at den nesten segner under presset. Samtidig presses legeprofesjonen også fra nye sosiale institusjoner som pasientombud, pasientforeninger og spesialutdannede advokater. De overvåkes av etiske organer, og disiplineres i økende grad av egen angst for å ta feil eller gjøre feil.

Kanskje er presset på skolemedisinen i ferd med å bli så sterkt at skolemedisinerne (frivillig?) ønsker å forhandle om nye grenser mht. innenfor/utenfor, rent/u-rent, relevant/irrelevant med den alternative sektoren? Det vil i så fall ikke bare impliserer interessante kunnskapsforhandlinger, men like mye politiske og sosiale forhandlinger omkring profesjonell status, rettigheter og ikke minst økonomi.