

Dags att analysera synen på alternativmedicinen

Patienten måste få söka tröst och trygghet på mer än ett ställe

An en gång ser vi ut att få en diskussion om hälso- och sjukvårdens förhållande till alternativmedicinen. Världen över ser man exempel på att samhällets företrädare vill att alternativmedicinen skall integreras i den konventionella hälso- och sjukvården. I USA ingår ersättning för alternativmedicinsk behandling i vissa sjukförsäkringssystem [1], och i Storbritannien har en särskild kommission, tillsatt på initiativ av prinsen av Wales, i ett betänkande bl a förordat ökad forskning och utbildning i alternativmedicin, och även ökad användning av alternativmedicin inom National Health Service [2]. Den norska regeringen har tillsatt en utredning i ämnet [3]. Inom EU kan en europeisk standard vara på väg för lagstiftning kring alternativa medicinska metoder [4]. Här hemma har Stockholms läns landsting startat seminarier för att öka personalens kunskap om alternativa behandlingsmetoder.

I Sverige hade vi en stor utredning om alternativmedicin, som lämnade sitt betänkande 1989 [5] och som angav riktlinjer för hur läkare bör förhålla sig till alternativmedicin. Så har nu också det norska läkarförbundet gjort [3]. I båda fallen går rekommendationerna i stort sett ut på att patienters autonomi skall respekteras också när de använder alternativmedicinska metoder, men att läkare bör vara försiktiga med att rekommendera sådana metoder.

Så länge patienten är väl informerad, inte känner något tvång och inte undanhålls vetenskapligt prövad, effektiv behandling, och så länge läkaren inte har ekonomisk förtjänst av det, kan läkaren föreslå en patient att pröva en alternativ metod som läkaren har god kännedom

om och som han bedömer vara ofarlig för patienten. Den läkare som mer systematiskt använder alternativa metoder måste vara beredd att delta i utvärdering.

Läkare bör ha sådana kunskaper om alternativmedicin att de kan ge sina patienter genomtänkta råd om alternativa behandlingsformer.

Förklaringsmodell ett nyckelbegrepp

Däremot ser Den norske legeforening ingen anledning att etablera vare sig offentliga utbildningar eller något legitimationsförfarande för utövare av alternativmedicin. Legeforeningen vill ha en dialog med företrädare för alternativmedicinska organisationer om evaluering och forskning.

Den hälso- och sjukvård som är förhärskande i vårt samhälle har en biologisk, naturvetenskaplig grund. Denna hälso- och sjukvård kallas vetenskaplig medicin, konventionell medicin eller skolmedicin.

Med alternativmedicin menas all annan yrkesmässigt utövad verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Andra beteckningar är biologisk, komplementär eller icke-konventionell medicin. Alternativmedicinen rymmer en mängd olika modeller för att förklara sjukdomars uppkomst och ge underlag för behandling. En del är importerade från andra kulturer, t ex den klassiska kinesiska akupunkturen. Annat är europeiskt »hemmagjort», som homeopatin.

Det finns stora variationer mellan utövarna vad gäller både utbildning och behandlingskvalitet.

Förklaringsmodell är ett nyckelbegrepp i sammanhanget. Läkares grundutbildning ger framför allt en inskolning i de biologiska vetenskaperna, och biologin står för större delen av förklaringsmodellerna, åtminstone vad gäller somatiska sjukdomar. Det är inte möjligt för någon med en sådan bakgrund att med bibehållen intellektuell heder

arbeta med t ex homeopati, som arbetar med en helt annan förklaringsmodell som inte på någon punkt – såvitt jag kan begripa – kan infogas i modern västerländsk vetenskap.

Det borde vara uppenbart att det är (skall vara!) lika främmande för en läkare med västerländsk läkarutbildning att erbjuda den typen av behandling som för en buddistmunk att dela ut nattvarden enligt svenska kyrkans ordning. Man kan inte ha mer än en världsbild i taget om man begär att bli tagen på allvar.

Varför har allmänhet och politiker så svårt att acceptera ett sådant ställningstagande vad gäller alternativa metoder? Och varför är det så svårt att få ett bra samarbete mellan läkare och patienter som använder alternativa metoder? Jag skall här diskutera några av de omständigheter som jag tror bidrar.

Vetenskaplig mångfald

Den kunskap som är förutsättningen för läkarens yrkesutövning hör hemma i naturvetenskapen. Till den har fogats betydelsefulla påbyggnader av andra i vårt samhälle accepterade vetenskaper, främst beteendevetenskaper men också humaniora. Vi har alltså, till skillnad från en del andra professioner med vetenskaplig grund, inte någon enhetlig vetenskaplig tradition. Medicinen är tvärvetenskaplig till sin natur, vilket kan ge problem.

Under de senaste tio åren har t ex de kvalitativa forskningsmetoderna gjort en stark inmarsch i den medicinska världen och medfört en ökad och fördjupad kunskap om bl a patienters upplevelse av sjukdom och sjukvård. Det finns förstås undantag, men hur många av oss som deltagit i sådana projekt, eller tillämpar frukterna av dem, kan ärligen säga att vi fattar den teoretiska bakgrunden till sådan forskning? Eller till naturvetenskaplig eller epidemiologisk forskning för den delen? Psykologer och pedagoger måste läsa åtskilliga

Författare

ANNA-KARIN FURHOFF
universitetslektor, Allmänmedicin
Stockholm, Karolinska institutet,
Stockholm.

franska filosofer innan de ens får säga fenomenologi eller hermeneutik.

I stället har vi utvecklats till att bli vetenskapsvärldens skator. Så fort vi ser en metod som vi tror skulle kunna appliceras på ett kliniskt problem snor vi den, utan att bekymra oss så mycket om dess teori och filosofiska ursprung. Vår vetenskapliga hemvist är odefinierad och vår vetenskapsfilosofiska skolning miserabel.

Det är då inte konstigt att vi har svårt att förklara för andra både vad vi står för och vad vi inte kan acceptera. För att kunna diskutera gränsproblematik på ett framgångsrikt sätt måste man vara klar över sin egen position.

Öppenhet

Den västerländska vetenskapen, och därmed den vetenskapliga medicinen, är öppen i den meningen att allt som visar sig fungera enligt gällande vetenskapliga regler och som kan ges en förklaring som passar in i det rådande systemet accepteras och används. Det är viktigt att båda villkoren är uppfyllda. Akupunktur mot smärta blev inte helt accepterad förrän teorin om endorfinfrisättning kunde ge en förklaring till effekten.

Öppenheten är en tillgång som gör att läkekonsten kan fortsätta att utvecklas snabbt och utan formalism. Men även här uppstår problem. Det måste vara förvillande för både allmänhet och beslutsfattare att en behandlingsmetod är ovetenskaplig ena året, högsta mode nästa. »Det har kommit nya studier som visar att x har effekt», är ofta den enda förklaring som ges. Att det andra kravet också uppfyllts, att de nya rönen kunnat passas in i den redan existerande vetenskapliga teoribyggnaden, poängteras inte alltid. Där skulle vi kunna vara mycket tydligare.

Praktiken

En tredje svårighet gäller den kliniska praktiken, dvs tillämpningen av de medicinska kunskaperna i patientarbe-

tet. En anledning till de alternativa behandlarnas popularitet anses ju vara att de är bättre än vi på att ta hand om patienterna. Utan tvivel återstår åtskilligt att göra för att förbättra patientarbetet inom den vetenskapliga medicinen, även om mycket har hänt under de senaste decennierna. Det är egentligen märkligt att läkarna varit så tröga i arbetet med att utveckla implementeringen av all den medicinska kunskapen. Det finns ansatser till teoribildning kring den kliniska praktiken (»helhetssyn», patientcentrerad medicin), men vi har långt kvar. Se på lärarna! Oberoende av om deras ämnen är tyska, gymnastik eller matematik odlar de pedagogiken, en vetenskapsgren med professurer vid alla universitet.

Det är på tiden att vi beskriver, analyserar och synliggör den kliniska praktiken. Då kan vi nämligen på allvar börja diskutera hur den bör vara beskaffad för att på bästa sätt ge bot, lindring och tröst. Då kan vi kanske komma så långt att vi slipper höra i övrigt hedervärda kolleger förespråka användandet av verkningslösa medikamenter för placeboeffektens skull. Nog ska vi kunna inge hopp om förbättring utan att använda lögn!

Hierarkier

En fjärde komplikation i umgänget mellan olika former för sjukvård är den hierarki som i vårt samhälle råder mel-

lan olika sjukvårdssystem. Högst upp finns den privilegierade vetenskapliga medicinen med sitt kontrakt med samhället, inklusive offentlig finansiering. Läkare har monopol på vissa typer av maktutövning, med stora ekonomiska konsekvenser för de vårdsökande. För alternativmedicin är det den oskyddade marknaden som gäller, och inga privilegier. Självklart ifrågasätts ett sådant förhållande av dem som inte tillhör de mest gynnade, och av deras klienter.

All sjukvård har till uppgift att ge trygghet och tröst vid ohälsa – befarad eller verklig. Bot och lindring ger den bästa tryggheten, och den vetenskapliga medicinen har sina privilegier i kraft av sina ojämförliga terapeutiska framgångar. Tröst kan man däremot bli tvungen att leta efter på många ställen innan man finner den som passar till ens egen situation. Även om läkarna skulle bli bättre i det avseendet är det nog bra att det finns andra möjligheter. En bättre förståelse för hur olika sjukvårdssystem används kan göra att vi inte fastnar i meningslös prestigeladdad polemik, och hjälpa oss att acceptera att andra system finns vid sidan av den vetenskapliga medicinen.

Vardagsmedicin

När en människa misstänker att hon drabbats av sjukdom vänder hon sig ju i regel först till sin närmaste krets, familj och andra närstående. Där får man bekräftelse på att man är sjuk, och beslut kan fattas om att något bör göras, antingen inom kretsen eller med hjälp av utomstående. Inom varje familj finns traditioner och sedvänjor för att ta hand om vanliga åkommor som magont, förkylningar och småsår, och en mycket stor del av all ohälsa kräver inget annat omhändertagande [6].

Ursprunget till denna vardagsmedicin är nog i vårt land ganska blandat, med inslag av både folkmedicinens dekoder – själv har jag fått dricka honungsvatten i osannolika mängder – och den vetenskapliga medicinens re-

Medicinsk kommentar är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.

Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!

gistrerade läkemedel. Här har naturläkemedlen, som ju definitionsmässigt skall vara ägnade för egenvård, funnit stor användning.

Skulle de vardagsmedicinska åtgärderna inte räcka vänder man sig till professionella utövare av hälso- och sjukvård. Om det gäller ett akut sjukdomstillstånd, eller ett som uppfattas som potentiellt farligt, väljer nog de allra flesta att vända sig till utövare av den vetenskapliga medicinen. I andra fall, eller när den vetenskapliga medicinen inte räcker till, vänder sig många till professionella utövare av alternativ medicin. Med kännedom om den omfattning som användandet av alternativa behandlingsmetoder har, torde de flesta läkare så gott som dagligen ha kontakt med patienter som åtminstone använder naturläkemedel.

Patientens hela situation

Det är självklart ändamålsenligt att läkaren känner till patientens totala sjukvårdskonsumtion. Annars finns en viss risk för interaktioner och andra biverkningar – liten, men kanske inte alldeles försumbar. Och patienten har nog lättare att följa läkarens råd om dessa ges med hänsyn till hans/hennes hela situation.

Den vanliga frågan »Tar du några mediciner?» bör alltid kompletteras med »... eller gör du något annat för att lindra dina besvär och hålla dig frisk?». Att kommunikationen kring dessa frågor inte alltid fungerar kan bero på att läkare av slentrian och okunnighet förbiser området. Men det kan också bero på att patienter av finkänslighet inte tar upp att man vänt sig till konkurrerande etablissemang, ungefär som när man förr i världen drog sig för att gå in i en ICA-butik med en Konsumkasse i handen.

Här måste ansvaret ligga på läkaren att förmedla att man respekterar patientens handlingssätt, även om man har en annan uppfattning om vad som är mest effektivt. Läkaren måste utgå

ifrån att patienten har handlat rationellt utifrån sina egna förutsättningar och använt de resurser som står till förfogande på bästa sätt. Att patienten söker läkare efter att ha prövat andra vägar skall ses som ett led i en logisk händelseutveckling, inte som ett tecken på trosomvändelse.

Gör upp med arvet!

Till sist. Vi är ju inte bara produkter av utbildningen inom den vetenskapliga medicinen utan bär också med oss föreställningar och erfarenheter från hela vår uppväxt, vår egen historia. De påverkar kanske läkares yrkesutövning mer än vad vi vet eller vill erkänna, och skulle vara ett spännande forskningsfält i sig.

Kanske är det ett sådant arv som förklarar varför en tredjedel av intervjuade distriktsläkare uppfattade arteriosklerotisk hjärt-kärlsjukdom som något oundvikligt, något som skall uthärdas, inte behandlas [7]. Oavsett om inställningen är »rätt» eller »fel» enligt den vetenskapliga medicinen anar man ett eko av folkmedicinens fatalism, som bjuder den sjuke att böja sig och acceptera det oundvikliga [8].

Slutsatser

Den vetenskapliga medicinen bör även fortsättningsvis på grund av sin terapeutiska effektivitet vara den enda form av sjukvård som åtnjuter samhällets stöd. Men vårt försvar för detta sakernas tillstånd behöver förbättras:

- Vår kunskap om den vetenskapliga grunden för den etablerade sjukvården bör fördjupas.
- Denna kunskap måste också kunna kommuniceras, inte bara inom sjukvården utan också till allmänheten och dess företrädare.
- Den kliniska praktiken måste utvecklas, så att vi inte lämnar människor i sticket när bot inte finns.
- Det är mänskligt att söka tröst och trygghet på mer än ett ställe. Det skall respekteras.

Referenser

1. Jonas WB. Researching alternative medicine. *Nature Medicine* 1997; 3: 824-7.
2. Kmietowicz Z. Complementary medicine should be integrated into the NHS. *BMJ* 1997; 315: 1113.
3. Aarseth HP. Alternativ medicin. Hva mener Legeforeningen? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117: 3573.
4. Isaksson H, Isaksson M, Ludwigs U, Ruiz H, Skalshöi-Hansen K. Europaparlamentet vill legitimera kvacksalveriet. *Läkartidningen* 1998; 95: 140-1.
5. Alternativmedicinkommittén. Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén. SOU 1989:60. Stockholm: Allmänna förlaget, 1989: 57-61.
6. Helman C. Culture, health and illness. Second edition. Tiptree: P Wright Butterworth & Co Ltd, 1990.
7. Wahlström R, Dahlgren LO, Tomson G, Diwan VK, Beerman B. Changing primary care doctors' conceptions – a qualitative approach to evaluating an intervention. *Adv Health Sci Educ* 1997; 2: 221-36.
8. Johansson K. Kroppens tunna skal. Stockholm: Norstedts förlag, 1997: 193-9.

Ytterligare nyttig läsning

- Medicinsk antropologi diskuteras förtjänstfullt bl a i Lisbeth Sachs' och Nils Uddenbergs »Medicin, myter, magi» (Stockholm: Akademilitteratur AB, 1984).
- Läkemedelsboken 97/98 innehåller en orientering om alternativmedicin och ger tips om ytterligare litteratur.
- I »Läkaren och patienten. Patientcenterad medicin i teori och praktik» (Falköping: Bonnier Utbildning, 1995) sammanfattar Carl Erik Mabeck sin syn på den kliniska medicinen och på hur praktiken bör vara beskaffad och varför.

Se även artikeln på sidan 2092 i detta nummer.