

Komplementär och alternativ medicin – några etiska reflektioner

II Användningen av alternativmedicinska preparat ökar i Sverige, enligt en rapport presenterad på läkarstämman [1]. Ingen kliniskt verksam läkare kan undgå att på något sätt beröras av förekomsten av det som allt oftare kallas KAM, komplementär och alternativ medicin. Ofrånkomligen aktualiseras därmed ett spektrum av etiska frågeställningar. Några av dessa berörs i det följande.

Metoder utan vetenskaplig prövning

KAM omfattar sinsemellan högst olikartade föreställningar och terapier. Likheten är exempelvis inte stor mellan en med stor erfarenhet bedriven kiropraktisk behandling och en irisdiagnostik utförd av en person med två veckoslutskurser bakom sig, inte heller mellan en lege artis genomförd faste-behandling för reumatoid artrit och ett försök till kristallhealing. Delar av KAM bygger på mångtusenåriga traditioner medan andra delar är starkt trendbetonade och kommer och går i takt med tidsandans förvandlingar. Några delar är nära förbundna med fenomenet new age, medan andra saknar varje anknytning till detta [2]. Vissa terapier är på väg in i den etablerade medicinen. Vissa kommer att fortsätta befinna sig i gränslandet till denna, medan åter andra definitivt är utanför. Alla generaliseringar blir därmed riskabla.

Det är också viktigt att inledningsvis notera att det inte är avsaknaden av en av den medicinska vetenskapen accepterad verkningsmekanism som är kriteriet på en procedur inom KAM. Som bekant ryms inom den etablerade skolmedicinens terapiarsenal betydande inslag där »black box-modellen« är tillämplig [3]. Mer rimligt är att använda avsaknaden av belagd terapeutisk effekt som kännemärke för en åtgärd inom KAM. Emellertid är inte heller detta okomplicerat, då vi om och om igen av den evidensbaserade medicinens förespråkare påminns om att många av våra mest omhuldade åtgärder saknar solid vetenskaplig grund. Kanske är det lika bra att konstatera att gränslinjen mellan KAM och etablerad skolmedicin alls inte är knivskarp, men samtidigt slå fast att det generellt och genomsnittligt är så att färre av vetenskapligt begripliggjorda mekanismer och färre av vetenskapligt konstaterade effekter återfinns inom det tidigare området. Inte sällan är KAM-terapiens påstådda verkningsmekanism direkt oförenlig med förhärskande vetenskapssyn, som fallet är med homeopatin. Sannolikt är det också en genomsnittlig skillnad att förespråkare för KAM oftare avvisar idén om vetenskaplig prövning av sina metoder. I så fall kunde man kanske säga att en metod visar sig höra till fältet KAM just för att den ald-

SAMMANFATTAT

KAM, komplementär och alternativ medicin, är ett betydande inslag i den kliniska verkligheten, som kliniker måste ta hänsyn till.

Etiska frågeställningar aktualiseras både när läkaren själv skall ta ställning till att använda KAM i sin praxis, och när patienten på eget bevåg inlett sådan diagnostik eller behandling.

Läkaren bör använda metoder med så god vetenskaplig förankring som möjligt.

Den nyligen reviderade Helsingforsdeklarationens sista punkt lämnar öppet för läkaren att utnyttja icke etablerade terapier när ingen effekt nås vid konventionell behandling.

När risken för skada är obetydlig och gynnsam effekt kan finnas för patienten är det etiskt försvarbart att rekommendera KAM, såvida inte detta motverkar att patienten får behandling vars effektivitet är vetenskapligt belagd och vars biverkningar är tolerabla.

En god och förtroendefull relation läkare-patient minskar risken för skadlig KAM-användning och kan ibland upphäva behovet av KAM.

Läkaren är etiskt förpliktigad att efter bästa förmåga hålla sig informerad om KAM och att bidra till en aktiv forskning inom detta område.

KAM bör inte primärt betraktas som ett problem för den etablerade medicinen utan som en inbjudan till kontinuerlig kritisk självreflektion.

rig utsätts för vetenskaplig prövning, eller för att den fortsätter att användas trots att den gjort det och befunnits överksam.

De frågor, eller frågekomplex, som i det följande skall beröras är dessa:

- Hur bör den kliniskt arbetande läkaren förhålla sig till att använda KAM i sitt eget arbete?

*Homeopatiska tabletter, jasminolja för aromterapi, helande kristaller och läkande örter
– användningen av alternativmedicinska preparat och metoder ökar i Sverige.*

- Hur bör läkaren förhålla sig till patienter som redan använder KAM eller utan medicinsk inrådan avser att söka upp företrädare för KAM?
- Hur bör läkaren förhålla sig till forskning kring KAM?

Läkares bruk av KAM-åtgärder

Klinisk medicin skall vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Få formuleringar torde vara svårare att ge en exakt uttydning. För betydande delar av den kliniskt arbetande läkarens vardag innebär detta dock föga problem. Där så är möjligt bör åtgärder med solid grund i t ex evidensbaserad medicin (EBM) tillämpas. I växande utsträckning är nu detta möjligt. Men naturligtvis faller vissa delar av vardaglig praxis utanför det fält som kan utforskas med den form av metod som ännu dominerar inom EBM. Delar av klinisk praxis kommer att kunna granskas vetenskapligt när kvalitativa metoder snart vinner inträde inom EBM-underbyggande forskning. Ytterligare annat kommer ofrånkomligen att ligga utanför, såsom vissa centrala moment i patient–läkarrelation, där det unika i mötet trotsar även den kvalitativa ansatsen.

Det torde vara en etisk plikt för klinikern att där så är möjligt använda terapeutiska metoder med så gott vetenskapligt underlag som möjligt. Frågan är väl snarast när han eller hon på goda grunder kan anse att något handlar om beprövad erfarenhet, och inte vetenskap.

Ett sådant läge är givetvis när läkaren står inför möjligheten att välja en terapi eller en diagnostisk procedur där vetenskapligt acceptabla studier saknas, eller är otillräckliga. Så är oftast fallet vad gäller KAM. Det kan inte vara rimligt att begära att klinikern alltid skall avstå från att använda sig av sådana metoder. Vad är då »beprövad erfarenhet« i detta fall? En inte orimlig tolkning är att det är i linje med beprövad er-

farenhet när klinikern rekommenderar sin patient att använda en KAM-baserad terapi där risken för skada på goda grunder kan anses närmast obefintlig och där positiva effekter kan finnas för patienten. Denna bedömning må sedan ha sin grund i läkarens egen erfarenhet av behandlingen, att flera av hans patienter och/eller kolleger rapporterat positiva effekter eller en behandlingstradition som läkaren finner seriös. Det gynnsamma utfallet kan bestå i minskade symtom med resulterande ökat välbefinnande, en ökad känsla av delaktighet och av egenansvar för sjukdomen och/eller fördjupad ömsesidig förståelse mellan doktor och patient på grund av det tillmötesgående åtgärden ibland innebär.

Två komplicerande omständigheter anmäler sig. Om risken för skada är svårbedömd – vilket ofta lär vara fallet – hamnar läkaren i samma komplexa risk/nytta-kalkyl som ofta utgör grunden för många medicinska ingrepp. Ju mer osäker effekt och ju mer osäker biverkningsbild, desto större etiska skäl att avstå. Medicinhistorien lär oss hur bedräglig tron på terapieffekter utifrån enskilda fall är. Samtidigt lär den oss att sådan tro inte helt kan undvikas och att den i någon mån kan tyglas av kritisk eftertanke. Här finns en väldig kunskapsutmaning för klinikern. För att inte styras i alltför hög grad av förutfattade sym- och antipatier bör hon hålla sig väl underbyggd om vad det finns för kunskap kring den eller de aktuella KAM-metoderna, utöver den direkta egna erfarenheten. (Detta är dock inte lätt, givet det magra flödet av information kring KAM i medicinska tidskrifter.) Hon bör vidare vaksamt följa patienten och inte »ge upp« henne till den person som utför den alternativmedicinska åtgärden.

För det andra finns en ekonomisk aspekt. Att rekommendera en patient att genomgå en KAM-behandling betyder i regel att hon kommer att få satsa ansemliga summor pengar. (Det kan gälla exempelvis användning av alternativmedicinskt

preparat, behandling hos KAM-terapeut eller vistelse på hälsohem.) Inte heller detta kan generellt vara fel, men det skärper rimligen kravet på att läkaren vet vad han gör och att det finns goda grunder att förvänta sig en terapeutisk vinst. I själva verket kommer givetvis läkaren ofta att finna balansen mellan sannolik fördel av behandlingen och insatsen av pengar oacceptabel. Är denna bedömning välgrundad bör läkaren avstå från att rekommendera KAM-behandling, även om han tror att patienten vore villig att ta kostnaden. Det bör dock hållas i minnet att bedömningen inte bara skall innefatta chansen till effekt av terapin utan också patientens allmänna inställning till nya terapiförsök mot dåliga odds samt vilken ekonomisk uppoffring kostnaden innebär.

Läkares bruk av KAM-åtgärder är således etiskt komplicerat. Detta skall inte tolkas så att medicinaren seglar in i lugna vatten så fort han väljer en skolmedicinskt etablerad terapi. Som redan nämnts är den vetenskapliga grunden inte heller här självklart stabil, och även när den så är krävs komplicerade risk/nytta-kalkyler innan terapier väljs. Som påpekats har EBM ännu inte förmått väga in alla de faktorer som är relevanta för terapibeslut, framför allt inte de som är relaterade till livskvalitet hos den sjuke, inte heller till allvarliga men mycket lågfrekventa risker (t ex svåra allergiska reaktioner eller blemmargspåverkan av läkemedelsbehandling) eller till diffusa risker på populationsnivå (t ex selektionstryck på bakterier). För att exemplifiera är beslutet att antibiotika-behandla en okomplicerad och tämligen stillsam cystouretrit sannerligen inte byggt på någon massiv övervikt av fördelar över risker, lika litet som antibiotikabehandling av mediaotiter är det.

Vårt att notera är att Helsingforsdeklarationen efter senaste revisionen innehåller en skrivning som ger en garanterad öppning för läkaranvänd KAM. I trettioandra och sista punkten står att läsa [4]:

»In the treatment of a patient, where proven prophylactic, diagnostic and therapeutic methods do not exist or have been ineffective, the physician, with the informed consent from the patient, must be free to use unproven or new prophylactic, diagnostic and therapeutic measures, if in the physician's judgement it offers hope of saving life, reestablishing health or alleviating suffering.«

Förhållningssätt till patient under KAM-behandling

Det är förmodligen vanligare att läkaren ställs inför en patient som redan använder, eller står i begrepp att använda, KAM i någon form, än att hon själv tar initiativ till sådan. Som känt är det allmänna flödet av mer eller mindre seriös KAM-information stort. Den läkare som visar minsta intresse för och öppenhet gentemot denna aspekt på patientens sjukdomshistoria belönas ofta med rikhaltig information.

Frågan inställer sig då vad som är etiskt acceptabelt i denna situation? Åter hamnar risk/nytta-kalkylen i förgrunden, men ofrånkomligen också överväganden som kan föras in under begreppen integritet och autonomi. Det kan tyckas vara en skyldighet för läkaren att avråda från en behandling som han eller hon – återigen på goda grunder – finner riskabel, men samtidigt är det uppenbarligen så att hon själv rekommenderar sin patient riskabla saker även när hon håller sig inom den etablerade medicinens fält.

Reumatologen som avråder patienten från att åka till hälsohem och genomgå fastekur kan inte gärna göra detta enbart utifrån sin uppfattning att fasta är riskabelt, särskilt inte som de kraftfulla preparat som idag används i RA-behandling innebär inte helt små risker för svåra biverkningar. Men om hon antingen tror att fastan är helt verkningslös, och/eller om hon bedömer att denna kan förhindra patienten att påbörja en terapi som på sikt är mycket effektivare? Här kan

man tänka sig en idealt allsidig, sakligt framlagd information där läkaren presenterar sin väl genomtänkta och initierade syn på respektive metod, och beslutet sedan hamnar hos den sjuke själv. I själva verket torde detta vara nära nog omöjligt. Selektionen av fakta och sättet att presentera dem kommer att avslöja läkarens önskan, och skall kanske i viss mån göra det. Läkaren kan inte rimligen iaktta neutralitet inför en åtgärd som hon är övertygad om kan skada patienten. Men hur balanserar hon sin högst rimliga önskan att göra gott för sin patient mot risken att hon i viss mån skuldbelägger en sjuk människa och kanske allvarligt försämrar sin terapeutiska kontakt med henne?

Detta dilemma för läkaren är självfallet på intet sätt unikt för situationer där KAM övervägs, utan återkommer vid en lång rad vardagsmedicinska beslut. Något generellt svar ges naturligtvis inte. Om man formulerar det etiska dilemma så att principen att göra gott står mot, eller i varje fall måste avvägas mot, principen om patientautonomi ser man hur oerhört situationsberoende och komplex tillämpningen av två abstrakta principer är. En god och tillitsfull kontakt med och djup kännedom om patienten, gedigna kunskaper om sjukdomstillståndet och de till buds stående behandlingsalternativen samt lyhörd vaksamhet på hur samtalet utvecklas kan kanske öka chanserna att situationen utvecklas i en riktning som tillgodoser grundläggande etiska krav.

Det ter sig föga lyckat med en läkare som kritiklöst säger ja till allt vad hans patienter berättar om sitt mer eller mindre desperata sökande i KAM-branschens alla snårskogar. Men motsatsen är föga bättre: att utan inlevelse och eftertanke och på lösa grunder avfärda varje steg utanför den etablerade skolmedicinens fält. Som så ofta ter sig den minst dåliga vägen som en kinkig och farofylld balansgång mellan dessa extremer: tolerans, men inte reservationslös till priset av fara för patienten; respekt, men inte för samvetslöst geschäft som utnyttjar desperat längtan efter läkning; kunskap, men inte styrd enbart av den förutfattade meningens diktat. I sista hand avgör nog ändå läkarens förmåga att öppna sig för den sjuke, för hotet mot dennes livsmening och för behovet av ett äkta samtal utgående av mötet. Tänk om sökandet bland KAM-terapierna, liksom provandet av den ena skolmedicinska terapin efter den andra, inte helt sällan beror på en brist på kontakt mellan den sjuka och läkaren – en brist som fördjupar patientens egen brist på tillit och trygghet och som inga piller, kristaller eller nålar i världen skulle kunna avhjälpa?

Forskning kring KAM

Den evidensbaserade medicinen har redan, förutsatt att dess begränsningar erkänns, inneburit ett stort steg framåt i medvetandegörandet av grunderna för det vardagliga kliniska arbetet. Om nu EBM, med Mats Eliassons ord, skall »ta sin utgångspunkt i kliniska och patientrelaterade frågeställningar« lär kvalitativa metoder inte kunna kringgå [5]. Tas denna uppgift på allvar måste terapier inom KAM-området i snabbt växande utsträckning bli föremål för studier. Det är då inte givet att de metoder som är fruktbara för terapivärdering inom det biomedicinska fältet alltid är lika fruktbara inom KAM-området. Hellre än att avstå från forskning får man acceptera att randomiserade dubbelblindstudier inte alltid är den enda relevanta metod som finns att tillgå – ett erkännande som i och för sig redan finns på många håll. Forskning kring KAM sker med fördel i samarbete mellan de personer som har stor erfarenhet av detta fält och utomstående forskare, som kan bidra med kritisk vaksamhet och metodologisk erfarenhet. Epidemiologer kan spela en viktig roll i bedömningen av postulerade orsakssamband.

Två slutsatser av etisk relevans följer ur detta. För det första bör läkaren stödja, begära, efterfråga (och forskarsamhäl-



Annons

Annons

let i motsvarande utsträckning leverera) god, allsidig och täckande forskning kring KAM. Det finns skäl att tro att det för närvarande är mindre prestigefyllt att ägna sig åt detta än åt forskning inom mer etablerade fält. Om så är bör vi uppfatta det som egendomligt och olyckligt. Exempelvis borde de fynd kring homeopati som rapporterades av Karl-Otto Aly i Läkartidningen leda till starkt ökat intresse för och snabb expansion av denna forskning. Detta gäller även om en senare metaanalys enligt Peter Götzsche pekar på möjlig förekomst av bias i homeopatistudier, och just på grund av att eventuella positiva behandlingseffekter av homeopatisk behandling (utöver placeboeffekter) ligger fullständigt utanför det biomedicinska paradigmat [6, 7]. Eller står kanske Karl Poppers aktier inte så högt i kurs i forskarsamhället när allt kommer omkring?

De ovan citerade meningarna ur Helsingforsdeklarationen följs av följande, med tydlig inriktning på kunskapsbildning kring KAM :

»Where possible, these measures should be made the object of research, designed to evaluate their safety and efficacy. In all cases, new information should be recorded and, where appropriate, published.«

För det andra måste resultaten av denna forskning föras ut via de kanaler som finns, i första hand till läkarkåren men i så hög grad som möjligt till allmänheten. Om gedigna kunskaper om KAM är centrala för den etiska halten i läkares relation till dessa terapier – ja då finns i motsvarande mån en förpliktelse för kliniker att skaffa sig bästa möjliga tillgängliga kunskap. Och om detta skall vara möjligt krävs allsidig presentation i lättillgängliga kanaler, som exempelvis Läkartidningen och internet. KAM bör också ges en självklar plats i medicinarutbildningen, där dess terapier bör granskas och belysas på samma premisser som etablerade terapier, dvs kritiskt och vaksamt.

När forskningen om KAM tar fart, och det tycks den faktiskt börja göra, kommer också de nödvändiga metaanalyserna att göras. Det kommer att bli allt mindre möjligt att på basis av masssignifikans presentera enstaka undersökningar som »bevis« för en terapies effektivitet. Bias kommer, när sådan föreligger, att påvisas. Den etiskt centrala renhållningen gentemot pseudovetenskapliga anspråk möjliggörs, när det äntligen blir meningsfullt att genomgående begära vetenskapliga studier av KAM-terapier. Forskningen kring KAM bör också kunna stimulera till viktig metodutveckling och till reflektion kring terapiforskningens villkor.

Utaning för den etablerade medicinen

KAM innebär en utmaning för den etablerade medicinen. En ökad ömsesidig öppenhet är på väg. Med denna följer möjligheter att förstå centrala inslag i all klinisk praxis bättre. Hit hör placebofenomenet, patienters tillit och brist på tillit till skolmedicinen, relationen mellan vetenskap och beprövad erfarenhet samt vår egen kulturs verklighetssyn och dess normer för rationalitet. I stället för att väsentligen se KAM som ett problem och som något vi vill begränsa – vilket i och för sig ibland är rimligt – bör vi kanske betrakta kunskaper om detta extremt heterogena fält som en väg till ökad självförståelse och till ett kliniskt vardagsarbete, som bättre lever upp till den kliniska medicinens etiska kärna: att bota, lindra, trösta och förebygga.

Referenser

1. Nilsson M, Trehn G, Asplund K. Användningen av alternativmedicinska preparat ökar i Sverige. Läkartidningen 2000;97:6028.
2. Hammer O. På spaning efter helheten: New Age – en ny folktro? Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1998.
3. Johansson I, Lynöe N. Medicinens filosofi. Göteborg: Daidalos, 1997.
4. World medical association declaration of Helsinki, adopted in Edinburgh, Scotland, October 2000. Läkartidningen 2001;98:13-4.
5. Eliasson M. Evidensbaserad medicin begins at home. Läkartidningen 2000;97:3860-5.
6. Aly KO. Homeopati – enbart placebo? Läkartidningen 2000;97:5754.
7. Götzsche P. Bredt perspektiv på metaanalyse af afgørende betydning for patienter. Läkartidningen 2000;97:5882-3.

Se även artiklarna med start på sidan 5206 i detta nummer.

SUMMARY

Complementary and alternative medicine – some ethical reflections

Rolf Ahlén

Läkartidningen 2001;98:5198-5202

CAM, Complementary and Alternative Medicine, exposes the clinician to a number of ethical challenges. While sound scientific evidence supporting clinical procedures is always recommendable, it is nevertheless acceptable to use CAM-procedures if they can reasonably be judged as harmless, and if conventional therapy offers little or no help. This is in line with the last revision of the Helsinki declaration. The physician must establish a close and trustful relationship with her patient and be open to the potential residing in CAM for a more profound understanding of clinical practice.

Correspondence: Rolf Ahlén, Karlstads universitet, SE-651 88 Karlstad, Sweden.