

Förtroendets kapital

Om läkekonstens förutsättningar på den medicinska marknaden

MOTZI EKLÖF är fil.dr inom Tema hälsa och samhälle och verksam vid institutionen för idrott och hälsa, Örebro universitet. Hon har särskilt intresserat sig för gränsdragningar på medicinens och hälso- och sjukvårdens område både i ett historiskt och ett nutida perspektiv. Aktuella publikationer är *Alternativ medicin: Forskning igår idag imorgon* (1999), *Läkarens ethos: Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960* (2000) och *Historical aspects of unconventional medicine: Approaches, concepts, case studies* (Jütte, Eklöf & Nelson, ed., 2001). Artikeln bygger på ett föredrag som hölls den 16 november 2001 i Umeå vid en konferens om "Tillit under omprövning".

att förtroendet är A och O i all läkekonst, står att läsa i åtskilliga böcker från de senaste tvåhundra åren, skrivna av läkare för läkare. Förtroende har alltid varit ett mycket centralt begrepp för läkare såsom en förutsättning för läkarkonstens framgång.

Läkarens yrke är ett vanskligt sådant och behandlingsframgångarna varierande. Läkarkåren har också alltid varit utsatt för konkurrens från andra yrkesgrupper på den medicinska marknaden. De icke behöriga utövarna av läkarkonsten har under lång tid generellt betecknats som kvacksalvare. Under det senaste århundradet har det rört sig om yrkesgrupper som homeopater, naturläkare och kiropraktorer med flera. Denna konkurrens har dessutom visst stöd i lagstiftningen, genom att lekmän i Sverige sedan 1915 års behörighetslag haft rätt att ta sjuka under behandling med endast vissa restriktioner. Det har till och med funnits rättsliga möjligheter att ge även icke medicinskt utbildade personer officiell behörighet att verka som läkare (Eklöf 2000a).

Det har följaktligen krävts mer än bara titeln legitimerad läkare, för att tydliggöra läkaren och hans uppgift och försöka skapa tillit för läkarens verksamhet. Ett förtroende bland patienter, hos allmänheten och staten är fortfarande en avgörande förutsättning både för läkarens arbete och för en hög samhällelig ställning för läkaren. Frågan om förtroende i läkekonsten, har också varit högst aktuell i debatten om kvacksalvares framgångar under 1800-talets senare hälft. Under de senaste decennierna är det den alternativa medicinens dragningskraft på allmänheten som diskuterats.

Talet om förtroende inom läkekonsten har handlat om vilka personliga egenskaper och andra omständigheter

som är förtroendeingivande i en behandlingssituation. Det har också handlat om vilka förtroendeskapande faktorer som är äkta och rättmätiga till skillnad från falska och förkastliga. Grunden för läkarens förmåga att väcka tilltro har varit en annan än för kvacksalvarens. Patientens vilja och förmåga att känna förtroende för läkaren respektive kvacksalvaren eller alternativmedicinaren har också getts olika förklaringar. Vidare har även framgångsrika behandlingsresultat delats in i äkta och skenbara sådana.

Här ska det handla om just dessa skillnader i uppfattning om vad som ansetts vara de rätta grunderna för förtroende på läkekonstens område, vilka aktörers egenskaper som spelar roll i olika terapeutiska relationer, och om vilken bot som varit den rätta. Och det är läkarens perspektiv som kommer att granskas närmare.

EN ÄLDRE IDEAL LÄKARPERSONLIGHET

År 1830 gav Henrik Wilhelm Romanson (1776–1853), professor i anatomi och kirurgi vid Uppsala universitet, ut en bok med titeln *Försök till vägledning vid läkarekonstens utövande*. I boken beskrev han bland annat vilka kunskaper och egenskaper som krävdes av läkaren. Han betonade vikten av att förvärva patientens förtroende.

Följande egenskaper behåga de flesta sjuka, samt bana vägen till och befästa deras förtroende till sin hjälpare: Vänlighet, okonstladt väsende, sedlighet, manlig alfvarsamhet, klok eftergift för oskadliga meningar, men skickligt bestridande och försvagande af skadliga fördomar, det vill säga sådana, som hindra, försvåra eller fördröja läkningen eller lindringen, eller till och med försämra sjukdomen; full uppmärksamhet på deras berättelse, och deltagande i deras lidanden (Romanson 1830:4–5).

Den samtide och mer kände medicinprofessorn Israel Hwasser (1790–1860) har beskrivits som den svenska läkarkårens viktigaste ideolog under 1800-talet, med betydelse ända in på 1900-talet. Enligt Hwasser stod förhållandet mellan läkare och patient, grundat på förtroende och inlevelse, i centrum för läkarens verksamhet (Liedman 1971:224–226). Han pläderade för att läkaryrket krävde en särskild moralisk kompetens, en bestämd uppsättning personliga egenskaper och förhållningsätt (Johannisson 1994–1998).

Romanson och Hwasser hörde till de läkare som beskrev läkarens yrke som ett kall och som en ädel konst i människokärlekens tjänst, som krävde självuppooffring och avståndstagande från materialism.

Det höga anseende man ansåg att läkaren borde ha, skulle till stor del ha sin grund just i förmågan att skapa förtroende inte bara hos patienterna utan även hos den övriga allmänheten. Romantikens läkare betonade också läkarens uppgift att söka befrämja kroppens självläkande förmåga (Johannisson 2000:102).

Under 1900-talets första hälft hörde Israel Hwassers bokstavliga arvtagare till de läkare som fortsatte att förespråka en individuell läkaretik och läkarkonst. Professor Israel Hedenius framhöll att läkarkallets framgångsrika utövning krävde läkarens egen, mångsidiga och personliga fostran för sitt kall (Hedenius 1928). Enligt professor Israel Holmgren var det utomordentligt viktigt att läkarkåren blev en moraliskt högtstående kår: "Kårens anseende och läkarnas sociala och också ekonomiska ställning beror i hög grad på det" (Holmgren 1932).

Den gamla stammens läkare skulle alltså söka att med sin egen moraliskt högtstående person och empatiska för-

måga som redskap vinna patienternas och samhällets förtroende.

SUGGESTIBILITET, TRO OCH AUKTORITET SOM GRUND FÖR KVACKSALVARENS VERKSAMHET

Patienternas förtroende för kvacksalvaren, däremot, förklarades inte med den senares goda moral – tvärtom. I stället talades dels om kvacksalvarens tvärsäkra men ogrundade auktoritet, dels om patienternas godtrogenhet, fallenhet för religiös mystik och tro samt förväntanseffekter eller suggestionseffekter. Läkarna var givetvis medvetna om förväntanseffekternas betydelse även när det gällde deras egen läkekonst, men i det sammanhanget var syftet – goda behandlingsresultat under sakkunnig ledning – lovvärt. Kvacksalvaren, däremot, ansågs i många fall bedriva sin verksamhet enbart för snöd vinnings skull, som ett geschäft, såvida inte han eller hon själv handlade i okunnig god tro.

Kring sekelskiftet 1900 blomstrade den medicinska marknaden, och det fördes en livlig diskussion bland läkare och riksdagsmän om vad man ansåg vara ett utbrett kvacksalveri på läkarkonstens område. I fokus för debatten stod den verksamhet som bedrevs av ett ökande antal homeopater (Eklöf 1998).

Farmakologen C. G. Santesson ansåg att suggestionen och förtroendet till läkemetoden och till läkaren spelade en stor, ofta avgörande roll särskilt vid mer eller mindre nervösa åkommor, vilket kunde förklara homeopatins dragningskraft (Santesson 1906). Dessutom var homeopatens lära en troslära, som ytterst vilade på dess auktoritativa natur. Här gällde det inte att begripa, utan att bli frisk! Detta gav en styrka gentemot många

patienter, framför allt de som Santesson beskrev som suggestibla nervsjuka och i lindrigare grad psykiskt abnorma: "just det klientel, som bättre än något annat påverkas af dylik terapi: nervösa, hysteriska, neurasteniska äfvensom folk med en del symptomatiska skräpdiagnoser såsom hicka o.d. Sådana personer dö sällan af sina åkommor och statistiken blir vacker" (Santesson 1906:246). Grunden för homeopatens verksamhet var enligt denne farmakolog "allmänhetens lättrogenhet och benägenhet för det mystiska, ofta parad med afvoghet mot det förståndsmässiga och verkligt vetenskapliga". Han menade att naturvetenskaperna ofta var utsatta för misstankar, folks religiösa känslor bringades i svallning mot dem, de betraktas som kätterska och ateistiska.

Just denna motsatsställning mellan en religiös tro, som ansågs vara utbredd bland allmänheten och tillika en grund för kvacksalvarens verksamhet, kontra en vetenskaplig objektivitet, representerad av läkaren, var vanlig i debatten om kvacksalveriets förutsättningar.

Provinsiälläkaren C. Arvid Norgren ansåg därtill att den sjukes tillfrisknande bara var skenbart – det rörde sig om en självläkning. Han kunde dock tänka sig att även läkare skulle kunna nyttja homeopati i vissa fall. Men "(s)kola vi använda homöopatiska medel, så skall det vara vid nervösa åkommor, vid s.k. föreställningsjukdomar [...]", skrev han (Norgren 1912:94).

Detta uttalande väckte kraftiga reaktioner från andra läkare. Santesson replikerade att läkare inte bör använda homeopati, även om enstaka fall kunde påverkas suggestivt i gynnsam riktning, eftersom den moraliska risken var för stor med ett sådant handlande (Santesson 1912).

Men tanken är intressant, då den visar

att även konventionella läkare anslöt sig till den homeopatiska principen att lika kan botas med lika: så kallade föreställningssjukdomar kan botas med föreställningsbehandling. Denna behandlingsmetod borde dock vara förbehållen homeopater och andra så kallade kvacksalvare – det var inget läkare skulle ägna sig åt. Santessons markering i denna fråga kan ses som en släng även mot vissa kolleger inom läkarkåren, som var välkända bland allmänheten, men mindre väl sedda bland andra läkare. Ett exempel är Enköpingsdoktorn Ernst Westerlund, som mycket medvetet använde sig av trons och suggestionens kraft i sin läkekonst, men som inte stod särskilt högt i kurs bland sina samtida läkarkolleger (Eklöf 2000a:282).

Norgrens tanke att självläkning är det samma som skenbart tillfrisknande, visar också att det ansetts vara en skillnad i kvalitet, i äkthet, mellan den hälsa som orsakas av läkares behandling, och den hälsa som patienten själv åstadkommer. I det senare fallet har det inte ansetts handla om en äkta bot på verklig grund – en sådan kan endast läkaren bistå med. Att hävda en sådan skillnad mellan äkta och skenbar bot, kan ses som en nödvändig självförstärkning av den egna yrkesidentiteten och yrkeskompetensen, särskilt i en tid då de stora behandlingsframgångarna inom den medicinska vetenskapen fortfarande inte hade sett dagens ljus.

Talet om läkares, kvacksalvarens respektive patientens egenskaper uppvisar vidare en mycket statisk syn på de tre kategorierna aktörer – de blir till idealtyper, som det gäller att hålla isär. Kvacksalvaren och patienten uppvisar dock enligt läkarnas beskrivningar vissa gemensamma drag. Viktigare blir det att markera råkången inom läkarkåren mellan de korrekta läkarna och de som begagnar sig

även av kvacksalvarnas medel och metoder. Men tanken att en läkare skulle kunna bli patient, och därmed även han uppvisa patientens alla tillskrivna idealtypiska karaktéristiska drag och förhållningssätt gentemot läkaren och sin egen sjukdom och läkningsprocess – den ingår inte i bilden.

UNDRET I LÄKEKONSTEN

Läkare som förfäktat ett mer humanistiskt läkarideal och betonat konsten i läkares verksamhet, har som nämnts haft en del gemensamma nämnare med de så kallade kvacksalvarna.

Undret i läkekonsten (1931) är titeln på en bok, som väckt gensvar bland såväl läkare som obehöriga utövare av läkekonsten. Författaren, den tyske kirurgen Erwin Liek (1878–1935) brukar anges som upphovsman till talet om medicinens och läkarkårens kris i Tyskland under mellankrigstiden. Denna kris ansågs bland annat vara orsakad av en alltför stor betoning på det vetenskapliga i medicinen på bekostnad av de mänskliga dimensionerna.

Kort sammanfattat gjorde Liek en åtskillnad mellan läkare och medicinare, där den förstnämnde stod för en individorienterad läkekonst och den senare för en specialiserad naturvetenskaplig syn på hälsa och sjukdom och patienten. Han menade att naturvetenskapen inte kunde ersätta personlighetens roll i läkekonsten. I sin bok om undret i läkekonsten utvecklade Liek sina synpunkter på livskraftens betydelse och han betonade trons och förtroendets betydelse i behandlingen. Med undret i läkekonsten menade han själva livets under, och han talade om att "läkargärning är skapargärning". Liek me-

nade att barn och kvinnor var lättast att påverka, och därför kunde de bästa resultaten uppnås med dem.

Boken vann ankläng bland flera samtida svenska läkare, såväl etablerade prominenser som mer marginaliserade kolleger. Efter sin död 1935 fick Liek också ett erkännande eftermäle i den tidskrift som gavs ut av den svenska homeopatiska läkarföreningen, och helbrägdagörerskan Beda Wallin hänvisade till Liek i sin självbiografiska försvarsbok från 1936.

Matts Bergmark, som skrivit många böcker om folklig läkekonst refererar Liek i sin bok om *Medicinsk magi: Om tro, förtroende och godtrogenhet* (1966) i vilken han bland annat behandlar helbrägdagörelse och homeopati. Under rubriken "Manas manifestationsformer", talar Bergmark om att det går att frigöra gudomliga kraf-

ter inom människan. När krafterna frigjorts projiceras de på "trollkarlen", på det magiska föremålet, den magiska åtbörden eller den magiska ramsan. Mana finns enligt Bergmark hos handpåläggaren, massören och magnetisören, hos läkaren, homeopaten och kvacksalvaren. Mana finns i allt som förmår frigöra det gudomliga i människan, får henne att uppleva undret. Läkekonsten har aldrig kunnat undvara undret – och kommer aldrig att kunna det, men det sker en ständig förskjutning. Vidgade kunskaper om naturen beskrivs som undrets starkaste fiende, men den moderna människan är lika mottaglig för undret som någonsin sina förfäder.

Erwin Liek är en flerfaldig referens även för Carl-Magnus Stolt, professor i humanistisk medicin, i boken *Läkekonst* (1997), i vilken han betonar vikten av en

Bonden: "Varför skall jag egentligen ge kon den här medicinen. Den kan ju inte göra någon nytta eftersom kon inte begriper att tro på den." Illustration av A. Oberländer i Fliegende Blätter 1887.

individualiserad, hippokratisk läkekonst och en helhetssyn, vilket betecknas som grundläggande idéer inom läkekonsten.

NYA KRAV PÅ EN VETENSKAPLIG MEDICINSK PRAKTIK

När Bergmark skrev sin bok 1966, hade ett nytt begrepp etablerats, som i dag till stor del kommit att ersätta talet om under, mana, suggestions- och förväntanseffekter, men som vanligen avser samma sak, nämligen placeboeffekten.

Ordet placebo kommer av latinets *placeo* och betyder "jag skall behaga". På 1800-talet betecknade det en förment inaktiv substans eller ett milt medel, som läkare kunde ta till i brist på verksam medicin, i syfte att hålla patienten vid gott mod och stimulera tron på att bot var möjlig. Fram till mitten av 1950-talet var en medicinsk terapi också trots allt någorlunda legitim om bara behandlingsresultatet var lyckat.

Men när även kvacksalvare och alternativmedicinare kunde nå goda behandlingsresultat, gällde det att finna andra kriterier för en acceptabel medicinsk verksamhet. Efterkrigstidens vetenskapliga normer för kliniska studier och den medicinska verksamheten har utformats inte minst i syfte att lämna en svärdefinierbar läkarkonst bakom sig till förmån för en mer beräkningsbar medicinsk vetenskap med tydligare konturer och inklusionskriterier. Metoden blev viktigare än resultatet (Kaptchuk 1998a).

Placebo blev under efterkrigstiden ett samlingsnamn på de oönskade och ospecifika effekter som skulle rensas bort ur den vetenskapliga medicinen. Placebo blev också den nya benämningen på den eventuella terapeutiska effekt som den

alternativa medicinen kunde uppvisa; "bara placebo", kan det sägas om alternativmedicinska behandlingar. Med detta menas just att behandlingarna och läkemedlen inte har någon specifik medicinsk effekt, utan bara en ospecifik sådan, som kan bero på allt annat än själva läkemedlen eller behandlingsinterventionen (Eklöf 2001).

Den nygamla forskningsdesign som lanserades som norm för kliniska studier med början på 1950-talet och med centrum i den anglo-amerikanska sfären, var randomiserade kontrollerade studier. Dessa skulle helst inkludera både blindning och placebokontroller, vilket innebär att varken försökspersonerna i de slumpmässigt fördelade grupperna eller de som ger behandlingen ska veta vad som är hypotetiskt verksam respektive överksam terapi. Denna forskningsdesign möttes till en början av protester från läkare av den gamla stammen (Kaptchuk 1998b:429). De ville inte ge patienter behandling slumpmässigt, överge den individuellt anpassade behandlingen eller undanhålla patienter nya, lovande terapier. De befäradade att läkarens personliga ansvar för att förbättra sina patienters hälsa skulle elimineras. Randomiseringen hotade också att beskära läkarnas autonomi. Det var inte alla läkare som ansåg att det förelåg ett behov av att standardisera läkarkonsten.

Hur kom det sig då att de nya normerna för kliniska studier ändå infördes? Ett tungt vägande skäl blev just vad som nu kallades placeboeffekt (Kaptchuk 1998a). Framstående läkare talade om det vanskliga i mänskliga bedömningar i allmänhet och i kliniska studier i synnerhet. Mycket av det som tidigare ansetts vara centralt för en äkta läkarkonst – intuition, klinisk blick, egen god bedömningsförmåga, en individualiserad behandling och förmåga

att väcka patientens tro på sitt eget tillfrisknande – ansågs helt plötsligt vara faktorer som grumlade en exakt medicinsk vetenskap.

De risker för överentusiasm och villfarelser som tidigare bara charlataner och kvacksalvare hade anklagats för, ansågs nu föreligga även inom den vanliga medicinen. Det blev nödvändigt att försöka rensa ut dessa oönskade effekter från den vetenskapliga medicinen. Den rätta medicinen behövde kunna skiljas från den (kanske i praktiken högst verksamma) behandling som även obehöriga utövare av läkarkonsten, de så kallade kvacksalvarna, ägnade sig åt. Dessutom behövdes normer för den egna verksamheten, om medicinen skulle bli en vetenskap.

Under efterkrigstiden blev det inte längre acceptabelt att inom medicinen medvetet använda sig av placebomedel eller -metoder i den kliniska vardagen. I dag finns inget legalt utrymme för koksaltinjektioner, sockerpiller eller suggestioner i syfte att hålla patienten vid gott mod utan vetenskaplig grund för åtgärderna. Kravet på redovisning av diagnos och prognos, behandlingsmöjligheter och därmed även valmöjligheter har av läkare anförts som skäl till att människor i stället vänder sig till alternativmedicinare, som inte har sådana krav på sig, och som kan säga och göra lite som de tycker – precis som gamla tiders läkare. Läkekonst och vetenskap följs inte alltid åt i god harmoni.

EFTERKRIGSTIDENS FÖRTROENDEKRIS

Den allt mer vetenskapliga och rationella medicinen har emellertid också haft sin baksida. Under 1900-talets senare decennier är det inte längre enbart allmänhetens övertro och fallenhet för mystik som an-

getts som anledning till det växande intresset för så kallad alternativ medicin, även om de förklaringarna inte helt har övergetts. Nu har en orsak även stått att finna i sjukvårdens ofullkomligheter och brist på humanitärt innehåll. Denna insikt har förts fram i bland annat en rad ledarartiklar från *Läkartidningen* under särskilt 1970- och 1980-talen (Eklöf 1998:163–164).

Särskilt veterinäre doktor Elis Sandbergs omfattande verksamhet kring kalvbräseextraktet THX fick läkare att kräva att sjukvården måste åtgärda de egna bristerna. Den avancerade sjukvården behövde också kännetecknas av mänsklighet, värme och kontinuitet, för att den skulle kunna tillvinna sig ett större förtroende än den hade, och för att inte människor i nöd skulle lockas av "alternativa" behandlingsformer.

En grund för patientens förtroende för läkare var nu, liksom tidigare, också att läkaren inte använde sig av samma behandlingsmetoder som de så kallade kvacksalvarna eller alternativmedicinarna. År 1980 framhävs i en ledarartikel i *Läkartidningen* att grundprincipen för patient-läkarrelationen är förtroende. "Detta förtroende bygger på att läkaren använder sitt professionella kunnande för patientens bästa och att alternativa behandlingsläror får drivas av dessas företrädare" ("Dubbelmoral!"), *Läkartidningen* 1980:2655).

Samtidigt fick sig myndigheterna en släng för att de inte tillräckligt skyddade allmänheten mot de alternativa lärorna och dessas företrädare. Medicinens och läkarnas torra krav på vetenskap och beprövad erfarenhet har behövt och även uttryckligen begärt samhällets stöd för att få tillräcklig genomslagskraft. Noteras kan att man fortfarande talade om "läror" i

samband med alternativ medicin – precis som vid seklets början, med en anspelning på dogmatiska trosläror, till skillnad från den konventionella medicinens vetenskapliga grund.

ÄKTA BOT ELLER FALSK

– EN FRÅGA OM TOLKNINGSFÖRETRÄDE?

I dag står "placebo" inte bara för sockerpiller eller ovidkommande förväntans-effekter. Nu talas om en kraftfull placebo-effekt, som influeras av en rad olika faktorer och ger individuellt mycket varierande effekter. Placeboeffekten består av, respektive påverkas av, sådant som sjukdomars naturliga förlopp, den diagnos som ställs och den prognos som ges, patient-läkarförhållandet, betingning, hopp och tro hos såväl patient som behandlare och mycket mer, utöver själva läkemedlet eller behandlingsmetoden i sig (Sachs 1996; Kaptchuk 1998a). Idéhistorikern Karin Johannisson talar om att placebofenomenet är relaterat till kulturellt meningsskapande (2000:98–99).

Antropologen Moerman har pekat på att magsår som läkts med hjälp av läkemedel i högre utsträckning återkommer efter viss tid, än vad som varit fallet med magsår som läkts med hjälp av placebo (Sachs 1996:92–93). Detta förhållande kan jämföras med provinsialläkare Norgrens tal från seklets början om självläkning som en skenbar läkning. Frågan är vad som utmärker en äkta bot, till skillnad från en falsk. Handlar det om vilken behandlingsmetod som används, eller handlar det om patientens förmåga att tillgodogöra sig behandlingen? Och får egentligen en skenbar respektive äkta bot skilda konsekvenser för patientens hälsa och välbefinnande?

VETENSKAP OCH LÄKEKONST I GOD FÖRENING

Att det för förtroendets och den terapeutiska framgångens skull behövs en helhetssyn i hälso- och sjukvården, betonas i dag (återigen) från olika håll. Människan är inte bara en biologisk organism, utan också ett subjekt i en serie rörliga kulturella, sociala, psykologiska och existentiella system. Den gode läkaren skulle kunna underlätta naturens självläkande kraft och nyttja det terapeutiska rummets symboliska dimension genom att lägga kulturell, social och humanistisk kompetens till sitt medicinska vetande (Johannisson 2000:108). Steg i den riktningen har redan tagits.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, har gett ut en fyrahundra sidor tjock bok om patient-läkarrelationen, med undertiteln *Läkekunst på vetenskaplig grund*. Ett kapitel handlar om relationens betydelse för placeboeffekter (Ottosson, red, 1999). Den tidigare nämnde professorn i humanistisk medicin, Carl-Magnus Stolt, höll hösten 2001 ett föredrag på Karolinska Institutet med den medvetet provocerande titeln "Behöver läkarutbildningen revolutioneras?". Han talade om läkarens tillkortakommanden i de kliniska mötena och om behovet av ett hermeneutiskt och fenomenologiskt perspektiv. Punkt nummer 1 i Vårdandets Konst angav han var att "etablera tillit" – med tillägget "tillsammans med patienten". Nu betonas alltså ömsesidigheten i en förtroendeskapande relation.

För ett och ett halvt år sedan ägde den första internationella konferensen på temat "Evidensbaserad komplementär medicin" rum i München (Eklöf 2000b). En av talarna var David Reilly, verksam vid universitetet i Glasgow samt det ho-

meopatiska sjukhuset i staden. Han talade vid konferensen om att enbart evidensbaserad av olika alternativ- och komplementärmedicinska behandlingsformer inte automatiskt leder till en bättre "medicin". Det är inte bara vässade instrument som behövs. Med enbart välslipade mejslar och hammare blir det ingen staty à la Michelangelo – till det krävs en kompetent konstnär. Behandlingens framgång beror även på vem som håller i verktygen. David Reilly betonade att det inom medicinen inte bara behövs "evidence", utan även "confidence".

FÖRTROENDETS KAPITAL

PÅ DEN MEDICINSKA MARKNADEN

Under 1800-talet ansåg läkare att den främsta grunden för förtroendet för läkaren skulle vara dennes personliga egenskaper och moraliska kompetens. Under efterkrigstiden skulle i stället förtroendet för läkaren baseras på hans vetenskapliga och medicinska kompetens. När det gäller allmänhetens förtroende för kvacksalvaren, däremot, så har detta å ena sidan av läkare betecknats som ett förtroende som förvärvats på falska grunder från kvacksalvarens sida, som han eller hon mer eller mindre lurat till sig. Å andra sidan har patientens förtroende för kvacksalvaren – i större utsträckning än vad gäller förtroendet för läkaren – också förklarats med patientens person, dennes personlighetstyp, religiositet, sjukdomsprofil, kön, ålder och bildningsnivå.

Att folk inte alltid gör som doktorn säger när de är sjuka, är ett känt faktum och en källa till förtret bland läkare sedan lång tid tillbaka. Människor har, enligt representanter för läkarkåren, inte i tillräcklig utsträckning förstått att rätt upp-

skatta den vetenskapliga medicinen och läkarens välgrundade kompetens. Samtidigt har läkare sagt att de är medvetna om att medicinens och läkarkårens brister varit ett skäl till allmänhetens benägenhet att söka en alternativ medicin. Den etablerade medicinens allt mer specialiserade perspektiv på människans sjukdomar har inneburit att den gamla läkarkonstens ingredienser i stället fortlevt inom en alternativmedicinsk sektor. Där har man fortsatt att betona och understödja människans självläkande förmåga och nyttja läkemedlens och behandlingssituationens mycket verksamma symboliska funktioner, utöver att man givetvis anser sig ha läkemedel och behandlingsmetoder med terapeutisk effekt till sitt förfogande.

Det ökande nyttjandet av alternativ och komplementär medicin har bidragit till att man inom den konventionella medicinen i dag är mer benägen att granska placebo-fenomenet under lupp. Människors bristande tillit till den konventionella medicinen, samt förtroende för en alternativ eller komplementär medicin, är en utmaning även för dagens läkare.

Inom såväl den konventionella medicinen som inom den alternativa och komplementära medicinen råder en medvetenhet om att behandlingsmetoder behöver prövas och befinnas ha specifik terapeutisk effekt, för att de ska få legitimitet inom en samhälleligt understödd hälso- och sjukvård. Samtidigt är det uppenbart att detta inte räcker. Det talas om behovet av att inom all medicinsk verksamhet se människan som en sammanhängande helhet av kropp, själ och kultur. Läkare i USA och Storbritannien har börjat tala om en integrerad eller integrerande medicin, för att beskriva en inledd utveckling mot att pröva och införliva element från den komplementära medicinen i den konven-

tionella hälso- och sjukvården, samt att satsa mer på att stödja patienternas "friskfaktorer" (Rees & Weil 2001). Den eviga diskussionen om hur den rätta balansen mellan vetenskap och läkekonst bör se ut fortsätter in i det nya seklet.

En stor del av den terapeutiska framgången beror fortfarande på terapeutens förmåga både att väcka patientens förtroende för terapeuten och de behandlingsmetoder som står till buds, och att stimulera patientens egna läkande krafter. Utan dessa båda element står sig den medicinska vetenskapen och läkekonsten lika slätt i dag som förut. Förtroende och tillit är hårdvaluta på den medicinska marknaden.

LITTERATUR

- Bergmark, Matts, 1966. *Medicinsk magi: Om tro, förtroende och godtrogenhet*. Stockholm: Natur och kultur.
- "Dubbelmoral!", 1980. Ledare. I: *Läkartidningen* 1980;77(32–33):2655.
- Eklöf, Motzi, 1998. "Läkarna och kvacksalveriet." I: *Res Publica* nr 40:156–167.
- Eklöf, Motzi, 2000a. *Läkarens ethos: Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*. Linköping: Linköpings universitet.
- Eklöf, Motzi, 2000b. "Evidensbaserad komplementär medicin – finns det?" I: *Läkartidningen* 2000;97(32–33):3463.
- Eklöf, Motzi, 2001. "Bara placebo?" I: *ProSana: Tidskrift för komplementär medicin* 2001(1):107–109.
- Hedenius, Israel, 1928. "En läkares fostran till och i sitt kall." I: *Svenska läkartidningen* 1928;25:857–871.
- Holmgren, Israel, 1932. "Krav på läkaren och hans verksamhet." I: *Svenska läkartidningen* 1932;29: 929–948.
- Johannisson, Karin, 1994–98. "Romantiken, läkekonsten och det kluvna hjärtat." I: *Carl Johans förbundets handlingar* 1994–1998:37–44.
- Johannisson, Karin, 2000. "Placeboeffekten – ett historiskt-kulturellt perspektiv." I: Boström, Harry & Dahlgren, Helena (red.), *Placebo*. Stockholm: Liber i samarbete med SBU.
- Kaptschuk, Ted J., 1998a. "Powerful placebo: The dark side of the randomised controlled trial." I: *Lancet* 1998;351:1722–1725.
- Kaptschuk, Ted J., 1998b. "Intentional ignorance: A history of blind assessment and placebo controls in medicine." I: *Bulletin for the History of Medicine* 1998;72(3):389–433.
- Liedman, Sven-Eric, 1971. *Israel Hwasser*, Lychnos-bibliotek. Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Liek, Erwin, 1931. *Undret i läkekonsten*. Stockholm: P. A. Norstedt & Söners förlag.
- Norgren, Arvid C., 1912. "Homöopati i Sverige och dess utöfvare. Kritisk öfversikt." I: *Allmänna svenska läkartidningen* 1912;9(6):81–97.
- Ottosson, Jan-Otto (red.), 1999. *Patient-läkarrelationen: Läkekonst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med SBU.
- Rees, Lesley & Weil, Andrew, 2001. "Integrated medicine: Imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine." I: *British Medical Journal* 2001;322:119–120.
- Romanson, Henrik Wilhelm, 1830. *Försök till vägledning vid läkarekonstens utöfvande*. Upsala: Palmblad & Co.
- Sachs, Lisbeth, 1996. *Sjukdom som ordning: Människan och samhället i gränslandet mellan hälsa och ohälsa*. Stockholm: Gedins.
- Santesson, C. G., 1906. "Några ord om homöopati." I: *Allmänna svenska läkartidningen* 1906;3(15 och 16):225–233, 241–248.
- Santesson, C. G., 1912. "Några ord om homöopati." I: *Allmänna svenska läkartidningen* 1912;9(18):329–332.
- Stolt, Carl-Magnus, 1997. *Läkekonst*. Lund: Studentlitteratur.
- Wallin, Beda, 1936. *Genom kvacksalverskans glasögon*. Stockholm: AB Seelig & Co.

SUMMARY

The Value of Trust: On the Prerequisites for the Art of Healing on the Medical Market

To gain the trust of patients, the general public and the state has always been a decisive prerequisite for the work and position in society for doctors. This article deals with the doctor's opinions on what

personal qualities and other circumstances are of importance in a therapeutic relationship, and what confidence inspiring factors are legitimate or false and condemnable. During the 19th century, trust for the doctor was seen as based mainly on his personal qualities and moral competence; after the Second World War trust instead was to be a result of scientific and medical competence. The quack, on the contrary, was said to acquire trust on the

ground of false promises, and the patients were credulous enough to believe in them. The therapeutic effect of alternative therapies have been said to be "only placebo effects". These effects – among other things the result of a trustful doctor-patient relationship – are nowadays recognized as very potent and health enhancing. Trust and confidence are a hard currency on the medical market, which no healing art can do without.