

ALLMÄNLÄKAREN OCH PLACEBOBEGREPPET
EN KVALITATIV STUDIE

”Hela vårt sätt att arbeta - det rymmer jättemycket placebo”

Ett arbete av Monica Othén, ST-läkare i allmänmedicin, 2010.

Handledare:
Ingvar Ovhed, specialist i allmänmedicin, med dr
Eva Lena Strandberg, socionom, med dr

*”Genom tanken torde man kunna leda och liksom sammanföra
Lifskraften till vilken del af kroppen som behagas; och allt eftersom
denna tanke åtföljd af fruktan eller hopp derigenom bidra till att
åstadkomma eller att bota sjukdomar”*

Cederschiöld P G C. Efter Hygiea. 1908:32

ALLMÄNLÄKAREN OCH PLACEBOBEGREPPET – EN KVALITATIV STUDIE

”Hela vårt sätt att arbeta - det rymmer jättemycket placebo”

SAMMANFATTNING/ABSTRACT

Använder vi allmänläkare oss av placeboeffekter i vårt dagliga arbete? Vad har vi för syn på innebörden i begreppet placebo och placeboeffekt? Är vi medvetna om och använder oss av begreppet ”doctor as a drug”?

Det var några av de frågor jag hade inför denna studie. Genom fokusgruppsintervjuer och analys av dessa belystes dessa frågor.

Helandets konst och kraften hos doktor-patientrelationen spelar stor roll för att öka välbefinnandet hos patienten.

Slutsatsen blev att de allmänläkare, som intervjuats använder placebo både medvetet och omedvetet i sin vardag. Dels i form av förskrivningar av icke bevisat verksamma läkemedel eller naturmedel, dels i form av råd om egenvård och hälsokurer. Även begreppet ”doctor as a drug” eller ”doktor som bot”, är tydligt för allmänläkaren och används medvetet i konsultationen för att skapa en god dialog och en trygg patient. Diskussionen mynnade ut i;

- att placeboeffekt finns i varje intervention.
- att vi är viktigare än vi trott i vår doktorsroll
- att vad doktorn säger och gör är viktigt för patientens välmående
- att en del av vårt handlande kan tolkas som direkt farligt för patienterna

BAKGRUND

Placebo betyder ordagrant ”jag vill behaga” och beskrevs redan på 1700-talet. I början av 1800-talet gjorde John Haygarth den första placebokontrollerade prövningen. Han använde trästavar som ”magnetisk behandling” på 5 patienter och 4 av dem kände sig bättre. Nästa dag använde han metallstavar (vilket var det brukliga) och fick samma resultat. Han skrev att ”detta är en viktig lektion i fysik, den underbara och kraftfulla influensen från sinnets passion över tillståndet och sjukdomen hos kroppen. Detta faktum är alltför ofta förbisett” (1). Shapiro definierade 1964 placebo som ”vilken terapeutisk procedur som helst som har effekt på en patient, symtom, syndrom eller sjukdom, men som objektivt sett inte har någon specifik effekt för det som behandlas”. Placeboeffekt definierade han som ”den psykologiska eller parapsykologiska effekt som fås av placebo” (2). Dessa definitioner står sig än idag.

Placeboeffekten har knappast varit i fokus under den tid då farmakologisk terapi vuxit kraftigt. Forskning visar dock att placeboeffekten står för ca 35 % av tillfrisknandet (3). Man har till och med visat att om patienten följer medicinering av placebo strikt, kan mortaliteten minska till hälften (4). Patienterna är mindre intresserade av bevis än läkarna. De blir mer frustrerade om inte läkaren tar på sig rollen som ”helare” än de ifrågasätter läkarnas trovärdighet om de gör det. Patienterna vill bli igenkända, uppskattade och förstådda (5).

En Cochranerapport av Hjobartson och Goetzsche 2004, som i princip är emot placebo, kan tolkas som att istället för att säga att placebo inte botar någonting, kan man säga att placebo inte botar allting (6). Det har sagts att ”de bästa hjärnorna borde vara i allmänmedicinen eftersom denna, av alla grenar av medicinen, är den svåraste att utföra väl (7). Balint anger att det finns lika många sätt att praktisera medicin på som det finns doktorer och att alla dessa sätt har sin egen terapeutiska effekt (8).

Placeboforskning börjar klargöra att när man visar omsorg är det inte längre bara medlidande eller mildhet, utan i högsta grad ett sätt att bota, eller modernt uttryckt, ”effektivitet” (5). Placebo omfattar många ämnen, neurobiologi, filosofi, etik, social psykologi, kliniska prövningar och medicinsk vardag (9). Di Blasi et al gick igenom 25 RCT och det rapporterades att läkare som hade ett varmt, vänligt och uppmuntrande sätt är mer effektiva än de vars konsultationer hålls formella och inte ger någon uppmuntran (10).

Som blivande allmänläkare har jag intresserat mig för mötet mellan patient och läkare och hur det kan leda till att patienten känner sig bättre redan vid avskedet. Detta har lett mig in i en fördjupning i ämnet placebo och placeboeffekt. Finns det ytterligare icke-farmakologiska redskap som vi kan och bör använda oss av i våra patientmöten?

SYFTE

Att undersöka allmänläkares syn på innebörden och betydelsen av begreppet placebo och placeboeffekt och om allmänläkare medvetet använder sig av placeboeffekten i det dagliga arbetet.

METOD

Jag har valt att göra en kvalitativ studie och använda mig av fokusgruppintervjuer för att uppnå syftet. Inledningsvis har under handledning av med dr Ingvar Ovhed genomförts en litteraturstudie om placebo, placeboeffekt och fokusgrupper. Projektet diskuterades vid ett särskilt seminarium vid Blekinge Kompetenscentrum med deltagande av senior lecturer Teresa Pawlikowska, Warwick University, Storbritannien. Där föreslogs att jag borde använda fokusgrupp-teknik med allmänläkare som målgrupp. Eva Lena Strandberg, socionom, med dr, deltog i seminariet och har varit min handledare när det gäller utformningen av denna arbetsmetod. Fokusgruppintervju är enligt Morgan en lämplig datainsamlingsmetod när ett ämne kan tänkas upplevas på olika sätt av individerna i gruppen. En fokusgrupp är också en speciell grupp när det gäller syfte, storlek, sammansättning och genomförande. Syftet är att samla in kvalitativa data genom en fokuserad diskussion (11). Tanken är att fokusgruppens deltagare ska ha något gemensamt och att de representerar sådant som är av intresse för undersökningens syfte. Under diskussionens gång stimuleras deltagarna av andras åsikter och får nya idéer och tankar som berikar samtalet och ger mer information än om man genomfört enskilda intervjuer. Det finns olika sätt att dokumentera vad som kommer fram under diskussionen. Man kan antingen spela in samtalet eller skriva ned vad som sägs. En diskussionsledare och en bisittare krävs i regel. Det är också viktigt att i förväg planera samtalet så att det hålls inom ämnets ramar (12).

Ett inbjudningsbrev för deltagande i fokusgrupperna delades ut till alla ordinarie distriktsläkare på vårdcentralerna i Rödeby, Nättraby och Tullgården, i och strax utanför Karlskrona, sammanlagt 12 läkare (se bilaga 1). Dessutom inbjöds samtliga 15 ST-läkare i allmänmedicin i Blekinge, att delta i en fokusgrupp under en ordinarie ST-dag som anordnas en gång per månad. Elisabeth Hjort, också ST-läkare i allmänmedicin, fungerade som moderator vid fokusgruppsammanskomsterna och jag själv, Monica Othén, var bisittare vid båda tillfällena. Den viktigaste uppgiften för moderatören var att se till att gruppen höll sig till ämnet och att alla fick komma till tals. Vid fokusgruppsammanskomsten för ST-läkarna deltog 12 läkare, 6 kvinnor och 6 män, två var med som moderator och bisittare och en var sjuk. I gruppen för ordinarie allmänläkare deltog endast 3 personer, 1 man och 2 kvinnor. Idealet för en fokusgrupp är 6-9 deltagare (12), vilket tyvärr inte var fallet i detta arbete. Deltagarantalet blev lågt i specialistgruppen. De inbjudna läkarna har alla samma chef, som hade godkänt att de ordinarie läkarna deltog i fokusgruppsintervjun, det skulle ordnas vikarie. Läkarna fick ett handskrivet, personligt ställt brev, som inbjudan och tiden var schemalagd inom ordinarie arbetstid, 15-17. Några spontana förklaringar har varit; ”vi hade jour”, ”jag kände inte att jag kunde tillföra något”. Under båda samtalen spelades diskussionen in och skrevs sedan ut ordagrant av en sekreterare. Samtalsanalysen var inspirerad av Granehall och Lundman, en enkel manifest kvalitativ innehållsanalys (13). Både mina handledare och jag gick igenom båda intervjuerna och delade upp dem i olika avsnitt, där citat som ”hörde ihop” fördes samman till teman. Därefter jämförde och diskuterade vi igenom vad som hade framkommit specifikt och jag sammanställde sedan det hela under handledning.

RESULTAT

Definitionsproblem

Särskilt de yngre läkarna ville gärna ha en ”ren” medicineffekt baserad på evidens och vetenskap.

*”jaha, vad då placeboeffekt, det har inte funnits i min värld att jag använder det”
”Min tanke med att sätta in ett läkemedel är ju inte att det ska ha en placeboeffekt”*

Placeboeffekten sattes i motsats till den ”äkta” effekt man får av ett läkemedel eller en behandling.

”Frågan är hur mycket det är placeboeffekt eller hur mycket det är en äkta effekt av att någon bryr sig om en och tar hand om en, bryr sig om ens problem”.

Enligt olika definitioner har placebo effekter. För de intervjuade läkarna var placebo däremot snarare något som är helt utan effekt. De kom dock snabbt in på att placeboeffekter finns

”Men placebo, jag fattar det som att en placeboeffekt är en kemisk reaktion i kroppen.”

Läkemedel som bot

De flesta tyckte att man kunde skriva ut t ex hostmediciner om patienten frågade efter det, även om det inte finns någon evidens för att dessa mediciner botar något.

”Patienten har hosta, vill gärna ha Mollipekt, man skriver ut det eftersom patienten mår bättre. Och sedan ...vad som händer i kroppen det vet vi inte, men det händer någonting som gör att patienten i alla fall mår bättre. Och på något vis kan det vara det som gör att det sätter igång självläkningen. Så att det går fortare att bli frisk. Man får någonting”.

Man skulle också kunna använda något mindre verksamt än det beroendeframkallande medel som är det som patienten egentligen efterfrågar.

”t ex då det gäller Clarityn så känner jag att man använder det delvis så ibland, en patient som vill ha lugnande, skulle må bäst av att inte ha något alls, men så försöker man hitta någon medelväg med en tablett som faktiskt är lite lugnande, men som kanske inte ger den effekten som de är ute efter.”

Denna användning av ”mindre farliga” medel föreföll ha viss acceptans även om man kunde få dåligt samvete om man upplevde att patienten inte fick raka besked. Å andra sidan får man inte konfrontera patienten i efterhand.

Någon har upplevt att anhöriga direkt bett om placebo .

”en mamma till en patient som frågade, hon hade gett Clarityn som sömntabletter till dottern och så frågade hon om inte jag kunde skriva ut placebo-tabletter istället. Men det finns inte på apoteket, för jag ringde faktiskt och frågade, men.....de trodde nog jag var lite dum i huvudet.”

Man får dock inte ge patienten en medicin och försöka få patienten att tro att det är något annat. Däremot återkom man ofta under intervjun till att patientens förväntningar spelar en särskild roll, både att de kan vara negativa eller utnyttjas för att få större effekt.

”patienter har förväntningar på medicin som är receptbelagd,”

Undersökningar som bot

Under intervjun kom man in på undersökningar och provtagning.

”Alltså nu kom jag på att undersöka är placebo också faktiskt, tror jag”.

”Men det är väl så förknippat med doktorn, att man lyssnar på hjärtat, det är ju symboliskt, att nu har doktorn undersökt mig.”

”Kan det vara placeboeffekt i det att man har tagit EKG?”

Bland läkarna i fokusgrupperna hade många upplevt att man ibland inte ens behövt skriva ut några läkemedel, verksamma eller överksamma. Patienterna blev nöjda av att läkarna hade lyssnat till dem, att de hade undersökt dem eller tagit prover på dem.

”Att man lyssnar ordentligt, det kan vara jädrans placebo alltså, vi har ju en enorm makt där, alltså bara att lyssna, eller hur?”

”Att patienterna tycker det är underbart att bli undersökta, sedan är de så nöjda, jaha, nu har jag blivit riktigt undersökt.”

En del patienter har stor tilltro till undersökningar...

”Jag måste få en röntgen på mitt knä.” Varför då? De måste veta. Alltså bara röntgen görs så är det okej sedan, även om smärtan finns kvar.”

”När det kommer patienter och säger ”ja, jag skulle vilja ta några prover”, ibland spelar det nästan ingen roll vilka prover.---Man tror att bara proverna är bra så är jag frisk.”

...andra patienter vill ha något konkret av doktorn

”De patienter där man inte kommer fram till en behandling, de är inte riktigt lika nöjda”.

Huskurer som bot

Doktorer har ingen vana vid att prata om naturmedel och huskurer. Flera av de intervjuade läkarna sa sig inte kunna någonting om detta.

Trots att allmänmedicinare vill att allt ska vara evidensbaserat och vetenskapligt, speciellt i början av karriären, så finns det saker som inte så lätt kan förklaras, som kanske beror på placeboeffekter, kanske är en ”verklig” effekt.

”Alternativa preparat som vi här i Sverige använder jättelite. Och jag säger inte att de inte verkar, men jag skulle kalla det placeboeffekt. Då tar man det i tron om att nu blir jag bra - och visst försvinner förkylningen, det gör den ju”.

”Någonting händer. Neurofysiologiskt, som gör att man faktiskt har mindre symtom, inte bara upplever mindre symtom utan man...faktiskt har mätbart mindre symtom”.

”Och jag tänker lite så här, om det fungerar åt ena hållet, att man kan bli mer mottaglig för somatiska sjukdomar, när man är nedsatt, när man är ledsen, ja...då måste det ju kunna...kroppen och själen, om man nu ska prata i sådana termer, fungera på andra hållet också. Alltså att man måste kunna göra sig själv friskare genom att ...att tro”.

”Ja, jag menar egentligen bara att det finns alltid pålagrade effekter ovanpå de effekterna som vi faktiskt har hittat”.

I läroböckerna finns avdelningar där man kan läsa om beprövad erfarenhet, vilket gav upphov till diskussion i grupperna.

Doktorn som bot

Uppfattningen bland de intervjuade läkarna var att om läkaren är lugn och trygg och lyssnar in patienten, kan läkaren egentligen säga och göra i stort sett vad som helst. Är man däremot osäker i sin doktorsroll och/eller inte verkar ha kommit fram till någon diagnos eller har någon behandling att ge så blir patienten inte så nöjd.

”Ju mer patienten tror på och ju mer jag tror på det och ju bättre kontakt vi två har, då har jag maximerat placeboeffekten, så jag brukar försöka tänka på det, att jag säljer in läkemedel”.

Det är mycket viktigt HUR läkaren berättar för patienten om läkemedlet han/hon ska få.

”Du var inne på att man säljer in ett läkemedel... är inte det placeboeffekten, det att man förklarar alla fördelarna och på något sätt motiverar patienten. Att man bygger upp en förväntning som är högre än effekten i preparatet.”

Läkare kan genom sitt sätt att vara förstärka effekten av den behandling eller de råd de ger till patienten, vare sig det är evidensbaserade läkemedel, enbart undersökning eller en enkel huskur.

”Det är inte samma sak som att sticka till patienten pillret och gå därifrån”

Ju längre man har jobbat, desto säkrare blir man i sin vardag och vågar också både stå för att det inte alltid finns någon bra evidensbaserad behandling för just den åkomma som är aktuell...

”Så att man ska nog vara lite rörligare än just det här lilla evidenstänket”.

...och ibland ”låta” patienten få tro på sina egna alternativ.

”Ja, jag tror att man som doktor ska vara medveten om hur man använder det där, alltså att jag använder det just för att det är som en placebo, jag använder det för att de tror på det och då kan de få tro på det om de blir bättre av det.”

” man...spinner på och använder placeboeffekten när den verkar finnas där”

”Nu ska vi använda denna behandling och sedan följer vi upp det... Min erfarenhet är att detta brukar hjälpa bra. Så att patienten alltså kan ”köpa det”, jaha, doktorn tror på det, okej”.

Nocebo

Nocebo är motsatsen till placebo, att en behandling, ett bemötande eller en undersökning skadar patienten istället för att vara till nytta. Att medvetet skada sin patient var det ingen som kunde tänka sig, men alla var överens om att det finns tillfällen då man av misstag tar för många prover eller ger en sk överksam medicin för att ha gjort någonting.

”det kommer alltid att vara en liten del av patienterna som man får acceptera, som är svåra, de kommer inte att vara nöjda, de kommer att vara otrygga. Och just i de fallen kan det kanske också egentligen vara bättre om man hade undersökt dem lite mindre”.

Att ”gå med på” att ta ett EKG på en patient med hjärtneuros kanske är mer till skada för den patienten.

”...att liksom ta alldeles för mycket blodprover, det gör de i sina inkomststatus där (på akuten). Det kan inte vara bra, det kan inte alltid vara så lyckligt”.

Antibiotika ges ibland trots att doktorn tror sig veta att patienten drabbats av en virus och att medicinen inte kommer att hjälpa, snarare kanske till och med vara skadlig för patienten. Detta ges för att läkare tror att patienten förväntar sig att få någon medicin utskrivet.

”Behandling med antibiotika för en infektion som vi inte är säkra på att patienten egentligen behöver, det är placebobehandling”.

”För att jag tror att de flesta när man tänker på antibiotika i det läget, tänker att ja, men det är inte fel mot patienten, men det är fel mot hela samhället. Precis. Det ökar resistensen och så, men man kan ju också se det som att man faktiskt lurar patienten, att du behöver den här”

”Antibiotika kan ju faktiskt skada folk också, man kan få en allergisk reaktion. Jajamen. Chlostridier”

När diskussionen led mot sitt slut, verkade båda grupperna ha kommit fram till liknande ståndpunkter; att allt läkaren säger, gör eller ger till patienterna har placeboeffekt (men ibland också noceboeffekt)...

”Det rymmer jättemycket placebo alltså...hela vårt sätt”.

”Det är mycket de effekterna där, förväntanseffekten. Det kanske är bra att bli medveten om det, att man kan använda det lite till då”

...att doktorn är viktigare än man trott i sin doktorsroll...

”Det är ju så med allting, hur man blir bemött och så. Hur man säger saker och vad man gör ja”

”Ju mer evidens eller EBM som kommer desto mindre använder vi liksom vår egen...oss själva som helare eller vad jag ska säga”.

...och att vad doktorn säger och gör är viktigt för patientens välmående och att en del av läkarnas handlande kan tolkas som direkt farligt för patienterna

”Den ena hade obotlig cancer och den andra var frisk, men de förväxlade dem. Och där var det så att den friske mannen han fick veta att han hade obotlig cancer och skulle dö inom ganska kort tid och den sjuke fick ju veta att han var frisk. Men den friske mannen dog efter tre månader, han var fullständigt... För han skruvade in sig på det”

DISKUSSION

De intervjuade läkarna sade sig inte använda sig av placebo eller placeboeffekt, men allt eftersom intervjuerna framskred kom man på mer och mer som kan räknas in i begreppet placebo, och det visade sig att de intervjuade läkarna i stor utsträckning använder sig av placebo i dess vidare betydelse. De var också väl införstådda med begreppet ”doctor as a drug” och hur viktig konsultationen är för patientens vidare välbefinnande.

En intressant förskjutning skedde under intervjuernas gång; från att ”jag använder inte placebo” till att ”det är positivt (förväntanseffekten). Det vore häftigt om man kunde ta vara på den lite mer”. Vad som förvånade mig var att nästan alla instämde i att man ibland skriver ut antibiotika till patienter som troligen har en viros, hellre än att tala om att antibiotika är överksamt/skadligt i dessa fall – bara för att ha ”gjort något”. Mycket av vad som framkom under intervjuerna är väl känt, som att det är viktigt att vara ärlig, men ändå låta det finnas utrymme för patientens egen tro och tolkning eller att mötet, konsultationen, relationen mellan doktor och patient är otroligt viktig. Trots att studien är liten och deltagarantalet lågt, kunde man se en viss tendens åt det mera strikt ”vetenskapliga” och mer uppdelat kropp/själ hos de ”yngre” läkarna, medan de ”äldre” hade en något mindre strikt hållning, och såg patienterna mer som en helhet.

Fokusgruppsintervjuer var något nytt för mig, men jag tycker att jag fått ut mycket av att använda mig av denna metod eftersom jag kunde få mycket material på kort tid. Samtalet gör att alla deltagande ”kommer på” mer att bidra med i diskussionen och det är spännande att i efterhand analysera och strukturera upp intervjuerna. I en enskild intervju tror jag inte att det framkommit så många synpunkter om ämnet placebo, vilket kan tyckas ”luddigt”, eller som inte alls har funnits i ens medvetande.

I intervjuens inledning uppgav således de yngre läkarna att de ville ha en ”ren” medicineffekt baserad på evidens och vetenskap. Placeboeffekten sattes i motsats till den ”äkta” effekt man får av ett läkemedel eller en behandling och de betraktade placebo som något helt utan effekt, men enligt olika definitioner har placebo effekt (2). I en studie bland danska allmänläkare var det så många som 86 % som använde placebo (14). I Israel var det ca 60 % av de läkare och sjuksköterskor som tillfrågades som använde sig av placebo och dessutom tyckte att det var både etiskt och effektivt (15). I de olika studierna har man definierat placebo som ”att känna sig trygg”, ”att ingjuta positiv förväntan”, ”det lugnande leendet”, m fl.

Vi är som doktorer lärda att ställa diagnos och ge behandling, inte att en stor del av patienterna inte kan ges en diagnos och att de inte behöver någon annan behandling än att bara träffa doktorn. Diagnos är inte ett resultat av en process som pga logik och definitiva bevis ger ett svar, utan en personlig tolkning av situationen. Doktorer kan alltså tolka denna situation hur de vill och genom sin tolkning hjälpa eller stjälp patienten (16). Den verkliga vikten av placebo är att den demonstrerar kraften hos doktorn att få patienten att må bättre. Ändå negligeras den, känns inte igen, lärs inte ut (1). Ungefär hälften av de mediciner och medicinska behandlingar vi använder är evidensbaserade (17). En känsla jag får när jag går igenom materialet är att vi läkare ofta har en tendens att se på patienterna i termer av ”vi och de”, där ”de” ”kan få tro på hostmedicin”, lite överlägset, som om placeboeffekter är något som inte skulle ”drabba oss” doktorer. Myten om placeboresponders som utbildade, ointelligenta, inte riktigt sjuka eller hysteriska kan inte verifieras av forskningen (17).

Det finns en paradox i placebobegreppet; om placebo inte har någon verkan, kan det inte orsaka effekter; om placeboeffekter uppkommer, så kan inte placebo vara överksam. Båda kan inte vara sanna och är det inte heller (18). Evidence Based Medicine, EBM, som skulle förbättra vår terapeutiska trovärdighet, utesluter många behandlingar som fungerar (via placeboeffekt eller genom självläkning) för våra patienter. Att en idé, känsla eller relation kan ha reell effekt på kroppen är nu etablerat. Vetenskapliga områden som psykoneuroimmunologi och psykoneuroendokrinologi hjälper oss att förstå mekanismer där tro på bot kan motverka sjukdomen. Man vet att delar av hjärnan är mer involverade i placeboresponsen än andra. Det gäller bl a amygdala, basala ganglierna, mediala thalamus och frontala cortex. Några mekanismer som får oss att må bra och hålla oss friska är, enligt Smith (2002), att klara stress (coping), humor, relationer, kärlek, religion och placeborespons (19). Placeboeffekten kan aktiveras genom att man bara önskar att man blir bättre eller minns hur det var när man var bättre (20).

Ibland kan placebo erbjudas i form av vitaminer eller suboptimal dos av något preparat. Lösningen är att vara ärlig, ”även om vi inte vet exakt hur detta piller verkar så kan det hjälpa dig att må bättre”. I själva verket borde vi kanske säga denna mening till patienten vid nästan varje behandling som vi ger (21).

Placeboeffekten kan mer ses som en effekt av relationen mellan patient och doktor. Vi har inte råd att avfärda en behandling som fungerar bara för att vi inte vet hur den fungerar (17). Sjuka patienter behöver det hopp, den uppmuntran och den tröst som en skicklig doktor kan ge. ”Somliga patienter återfår sin hälsa trots att de är medvetna om att deras tillstånd är allvarligt, bara genom att de är så nöjda med godheten hos doktorn” (fritt från Hippokrates skrifter). Viktiga förmågor är att ha empati och att lyssna. Inspirerade doktorer är lika viktiga som inspirerade lärare (5). Även om vi träffar patienter dagligen så förstår vi inte hur konsultationen fungerar. Ofta vet vi inte varför patienten kommer till oss, eller vad felet är när de kommer. Vi vet ofta inte hur vi får dem att må bättre, om de börjar må bättre. Vad som händer tolkas olika av olika doktorer, beroende på doktors temperament, vana och attityd. Placeboeffekten i primärvården är kraften hos doktorn att få patienten att känna sig bättre oavsett om patienten får medicin eller inte (16).

Bland ST-läkare och allmänläkare i denna studie blev medvetenheten om att placebo överhuvudtaget existerar större, och de flesta använder sig mer eller mindre av patientens förväntan och tro på effekten av läkemedel, provtagning eller undersökning. Diskussionen om man ska eller inte ska skriva ut läkemedel som egentligen inte är evidensbaserat verksamma mot olika åkommor var intressant. En slags konsensus blev att om patienten frågar efter t ex hostmedicin och tror på den, så kan man skriva ut den och låta patienten förbli i sin tro att den hjälper.

Placeboeffekt består av komplicerade mekanismer som omfattar både kropp och själ. Modern forskning har kommit långt när det gäller biologisk kunskap om t ex endorfiner, men trots detta har man inget konkret svar på frågan ”Hur påverkar själen kroppen?”. Hur kan medvetandet, själen, föreställningen skapa förändringar i kroppen? Vilka mekanismer är verksamma (22)?

Placeboeffekt kan vara att känna sig trygg eller att behandlaren ger positiv förväntan. Ofta rör det sig om psykologiska effekter – vilka är lika verkliga som några andra. Om man tänker på det såhär, står det klart att placeboeffekt finns i varje intervention. Det lugnande leendet,

stetoskopet som hänger runt halsen, allt medverkar till placeboeffekten. Det gör även färgen på tabletten, och hur många tabletter man ska ta (21).

Helandets konst och kraften hos doktor-patientrelationen spelar stor roll för att öka välbefinnandet hos patienten. Det gäller dock alltid att vara vaksam på sin egen roll, så att man håller sig till ett etiskt acceptabelt förhållande mellan vetenskaplig evidens och personlig karisma och inte övergår till ett oacceptabelt och överdrivet bruk av de psykologiska verkningsmedlen (22).

Diskussionen kring noceboeffekter blev livlig och tankeväckande. Noceboeffekt är motsatsen till placeboeffekt. Den fungerar alltså så att om en person tror att han ska bli sjuk, så blir han sjuk. Om man har negativa förväntningar och tror sig få en negativ effekt av behandlingar så kan resultatet bli nocebo (16).

De intervjuade läkarna var överens om att man ibland kanske tar ett EKG på en hjärtneurospatient trots att man är medveten om att det är mer till skada än nytta för patienten. Läkarna var också på det klara med att de av och till utsätter en patient med en trolig virus för antibiotika, som har en stor biverkningspotential. Skadeverkan kan bli stor!

Man började också i slutet av intervjuerna att generellt se med blidare ögon på ”huskurer”, som i vart fall inte skadar patienten, men som kanske kan hjälpa dem att tillfriskna snabbare. När diskussionen led mot sitt slut, verkade båda grupperna ha kommit fram till näraliggande ståndpunkter; att allt vi säger, gör eller ger till patienterna har placeboeffekt (men ibland också noceboeffekt), att vi är viktigare än vi kanske trott i vår doktorsroll och att vad doktorn säger och gör är viktigt för patientens tillfrisknande.

Resultat från kvalitativa studier kan aldrig generaliseras, vilket inte heller är meningen. Syftet med sådana studier är att nå förståelse och kunskap om olika fenomen. Det är dock sannolikt att läkare med liknande bakgrund och omständigheter har motsvarande uppfattningar.

Konklusion

Det visade sig alltså i denna studie att de allmänläkare, som intervjuats använder placebo både medvetet och omedvetet i sin vardag, dels i form av förskrivningar av icke bevisat verksamma läkemedel eller naturmedel, dels som råd om egenvård och hälsokurer. Även begreppet ”doctor as a drug” eller ”doktorn som bot”, är tydligt för allmänläkaren och används medvetet i konsultationen för att skapa en god dialog och en trygg patient.

Källor:

1. **De Crane, Kaptchuk JR.** Placebos and placebo effects in medicine: historical overview. Soc Med 1999; 92:511-15
2. **Shapiro.** Factors contributing to the placebo effect. Am J Psychoter 1964;18:73-78
3. **Beecher HK.** The Powerful Placebo. AMA1955.159;1602-1606
4. **Irvine J, Baker B et al.** Poor adherence to placebo or amiodarone therapy predicts mortality: results from the CAMIAT study. Psychosomatic Medicine. 1999; 61:566-75
5. **Dixon D M, Sweeney K G, Peireira Gray D J.** The physician healer: ancient magic or modern science? Brit Journ of Gen Practice 1999, 49. 309-312.
6. **Hrobjartsson A, Goetzsche PC.** Is the placebo powerless? N Engl J Med 2001: 344;1594-602
7. **Lane K.** The longest art. London: George Allen and Umwin, 1969
8. **Balint M.** The doctor, the patient and the illness. London: Pitman Medical Publishing Co.1957
9. **Colloca, Benedetti.** Placebos and painkillers: is Mind as real as Matter? Neuroscience 6; 205:545
10. **Di Blasi et al.** Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. Lancet 2001; 357:757-62
11. **Morgan DL.** Focus groups as qualitative research. Second edition. Sage publications 1997.
12. **Krueger RA.** Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. Sage 2000.
13. **Graneheim UH, Lundman B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004, 24:105-12.
14. **Hrobjartson A, Norup M.** The use of placebo intervention in medical practice – a national questionnaire survey of Danish clinicians. Eval Health Prof. 2003; 26(2):153-65.
15. **Nitzan U, Lichtenberg P.** Questionnaire survey on use of placebo. BMJ 2004 23; 329(7472);944-6.
16. **Thomas KB.** The placebo in general practice. Lancet 344;1066-67.
17. Editorial (David Spiegel Willson professor)Placebos in practice BMJ;329:927-928.
18. **Barret et al.** Placebo, meaning and health
19. **Kradin R.** The Placebo Response. Biol and Med;47:3(2004):328-38
20. **Benson H, Friedman R;** Harnessing the power of the placebo effect and renaming it "remembered wellness." Annu Rev Med 1996, 47:193-199.
21. **Lichtenberg P.** The Role of the Placebo in Clinical Practice MJM 2008 11(2); 215-216
22. **Boström H och Dahlgren H (red).** Placebo, SBUrapport 2000. Liber.

Bilaga 1

Inbjudningsbrev till specialister i allmänmedicin på Tullgården, Rödeby och Nättraby Vårdcentraler. Handskrivet med kuvert och frimärken.

Hej NN!

Som du vet är jag ST-läkare på Rödeby vårdcentral. Jag håller på med ett mindre vetenskapligt arbete som ingår i specialistexamen. Det handlar om hur vi allmänläkare ser på och använder placebo i vårt dagliga arbete på vårdcentralen.

Jag skulle bli glad om du kan hjälpa mig med synpunkter kring detta ämne!

Vår chef, Alf, har godkänt att diskussionen schemaläggs mellan 15-17 och att vikarie tas in vid behov. Det blir den 23 mars på Rödeby vårdcentral i konferensrummet. Jag bjuder på eftermiddagsfika.

Intervjun kommer att gå till så, att fokusgruppsteknik används, enligt följande; Elisabeth Hjort ST-läkare i Rödeby ska vara diskussionsledare och jag ska vara bisittare. Vi har några områden som vi vill belysa och ni får fritt berätta hur ni ser på saken. På så sätt kommer ofta fler åsikter fram än om man intervjuas enskilt. Du kan när som helst avbryta din medverkan och lämna intervjun. Hur som helst är 17.00 absolut deadline, då slutar vi!

Hoppas verkligen att du kan komma! Meddela mig snarast per mail monicaothén@hotmail.com eller telefon 0708148555

Med vänlig hälsning
Monica Othén