



# **Medicinsk mångfald – vetenskap och beprövad erfarenhet i en pluralistisk hälso- och sjukvård**

Rapport från en internationell konferens  
29-30 maj 2007, Linköping/Vadstena

Pia Carlson i samarbete med  
Wolfgang Doerfler, Torkel Falkenberg,  
Anna Kullberg och Thomas Schneider

© 2008, Författarna och SFIM - Svenskt Forum för Integrativ Medicin

Rapporten finns för nedladdning på [www.sfim.se](http://www.sfim.se)

# **Medicinsk mångfald – vetenskap och beprövad erfarenhet i en pluralistisk hälso- och sjukvård**

Rapport från en internationell konferens  
29-30 maj 2007, Linköping/Vadstena

Pia Carlson i samarbete med  
Wolfgang Doerfler, Torkel Falkenberg,  
Anna Kullberg och Thomas Schneider

Konferensen genomfördes med ekonomiskt stöd från  
Ekhagastiftelsen och Landstinget i Östergötland



# Innehåll

Förord.....	2
Konferens i Linköping 29 maj, 2007.....	3
Program .....	3
Medverkande .....	3
Framtidens medicin - integrativ medicin?.....	5
Modern medicin - präglad av paradoxer .....	7
Integrativ medicin – under konstruktion.....	8
Dags att ersätta evidenspyramiden med en cirkulär modell .....	11
Samarbete och pluralism.....	14
Internationella rekommendationer.....	18
Akademins roll för ny kunskap.....	20
Myndigheternas roll för ny kunskap.....	22
Med kritisk blick på systematiska analyser .....	24
Patientens rätt att välja - möjlighet eller börda?.....	25
Vilken riktning tar framtiden?.....	26
Workshop i Vadstena 30 maj, 2007 .....	29
Deltagare.....	29
Härifrån till framtiden - dialog om morgondagens medicin.....	30
Bilaga - Deltagare i konferensen, 29 maj 2007 .....	38

## Förord

Svenskt forum för integrativ medicin (SFIM) anordnade en internationell konferens i Linköping den 29/5-2007 med rubriken *Science and experience in a pluralistic health care system*. Inbjudna talare var forskare från Sverige och Europa och Göran Rosenberg var samtalsledare. 185 deltagare från hela landet kom för att tala och lyssna. Dagen efter, den 30/5-2007 hölls ett seminarium om integrativ medicin i Vadstena med speciellt inbjudna forskare och beslutsfattare inom hälso- och sjukvård. Konferensen och seminariet dokumenteras i denna rapport. Föreläsarnas presentationer finns på [www.sfim.se](http://www.sfim.se).

SFIM är bildat på initiativ av företrädare för Landstinget i Östergötland, Enheten för Integrativ vård vid Sektionen för omvårdnad, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet samt Vidarkliniken. Anledningen till att forumet bildats är att efterfrågan på integrativ medicin bland befolkningen har ökat de senaste åren. Det finns därför behov av en diskussion om hur konventionella och komplementära metoder ska förhålla sig till varandra och under vilka former de eventuellt kan integreras. Diskussionen bör då föras med ett öppet intresse för varandras frågor och svar. Forumet är avsett att bli en mötesplats där en sådan diskussion är möjlig.

Ett syfte med en integration kan vara att i större omfattning ta hänsyn till patientens värderingar och önskemål. Genom en integration kan de ges ökad delaktighet i val av vård och behandling. Samtidigt är kravet på en evidensbaserad hälso- och sjukvård självklar. En fråga blir då vad vi lägger i begreppet evidens. Hur ska egentligen "vetenskap och beprövad erfarenhet" tolkas? Kan vi vidga synen på evidens till att omfatta all existerande och relevant information kring ett problemområde, utan att frångå ett vetenskapligt förhållningssätt?

Detta är frågor som togs upp på konferensen av bland andra företrädare för SBU, svenska medicinska universitet och integrativmedicinska vårdgivare. Inbjudna var också forskare och experter från Norge, England och Tyskland som har en delvis annorlunda erfarenhet kring integrativ medicin.

*Wolfgang Doerfler, Torkel Falkenberg, Anna Kullberg, Thomas Schneider*

## Konferens i Linköping 29 maj, 2007

### **Program**

---

Initiativtagarna till SFIM öppnar konferensen.

Göran Rosenberg	Introduktion
Vinjar Fønnebø	System approaches for evaluation of integrative medicine
Harald Walach	Hierarchical and circular evidence and the efficacy paradox
Gunver Kienle	Clinical judgement in modern Health Care
Mats Hammar	Academic perspectives on integrative medicine
Dieter Melchart	Research network - university and surrounding institutions
Motzi Eklöf	Patients and medical pluralism in a historical perspective
Maria Arman Rehnfeldt	The patients' perspective
Helena Dahlgren	Evidence-based medicine: barriers and opportunities
Helmut Kiene	German Dialogueforum on Pluralism in Medicine
Torkel Falkenberg	The WHO perspective
Elisabet Stener-Victorin	The role of integrative medicine in the future: A compelling reason for the scientific community to investigate
Maj-Len Sundin	The role of integrative medicine for health care systems of the future

### **Medverkande**

---

#### **Initiativgruppen SFIM**

Wolfgang Doerfler	leg. läkare, Motala lasarett, Nätverk integrativ medicin, Landstinget i Östergötland
Torkel Falkenberg	docent, Akademisk ledare för Enheten för Integrativ vård, Sektionen för omvårdnad, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm
Anna Kullberg	fil.mag, projektledare Nätverk integrativ medicin, Ledningsstaben, Landstinget i Östergötland
Thomas Schneider	fil.dr, bitr. verksamhetschef, Vidarkliniken, Järna

**Talare**

Göran Rosenberg	journalist, moderator
Vinjar Fønnebø	professor, Ledare för National Center for Complementary and Alternative medicine, University Tromsø, Norway
Harald Walach	professor, University of Northhampton, UK
Gunver S. Kienle	med.dr, forskare, Institute for Applied Epistemology and Medical Methodology, Freiburg, Germany
Mats Hammar	professor, dekanus, Hälsouniversitetet Linköping
Dieter Melchart	docent, Ledare för Centre for Complementary Medicine Research, Technical University Munich, Germany
Motzi Eklöf	fil.dr, forskarassistent, Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet
Maria Arman Rehnsfeldt	docent, Akademisk ledare för Enheten för Omvårdnadsvetenskap och etik, Sektionen för omvårdnad, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm
Helena Dahlgren	bitr.chef, projektledare, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Stockholm, Styrelseledamot i Health Technology Assessment International (HTAi)
Helmut Kiene	med.dr, Ledare för Institute for Applied Epistemology and Medical Methodology, Freiburg, Germany
Torkel Falkenberg	se ovan
Elisabet Stener-Victorin	docent, forskarassistent, Inst för neurovetenskap och fysiologi, Enheten för endokrinologi, Göteborgs universitet
Maj-Len Sundin	adj.prof, Högskolan i Oslo, VD Vidarkliniken, Järna, tidigare direktör Karolinska universitetssjukhus

## ***Framtidens medicin - integrativ medicin?***

---

Intresset för integrativ medicin växer. Akupunktur, antroposofisk medicin, taktill massage, hypnos, musikterapi, naturläkemedel och avslappningsträning är behandlingar som redan används i många landsting. De ges ofta av legitimerad vårdpersonal, enligt en enkät gjord på uppdrag av Landstingsförbundet.<sup>1</sup>

Bakom utvecklingen att allt fler komplementära metoder integreras i den konventionella vården, står en stark önskan från patienterna. Önskan är bland annat uttryckt i en undersökning bland stockholmarna.<sup>2</sup> Genom sina handlingar visar de sin vilja att förändra dagens vård. De vill få ökat inflytande över sin egen läkeprocess. De vill bli delaktiga. De vill bli behandlade som samtalspartners. De vill ha tid att berätta sin historia. De vill bli behandlade som individer och skapa en relation med dem som ger dem vård. Dessa önskemål stämmer väl överens med den vision om en god sjukvård som finns formulerad i Stockholms läns landstings dokument om vilken värdegrund som ska styra vården:

*”Vården ska utgå från individens hela situation, så att fysiska såväl som psykologiska, sociala, kulturella och existentiella behov och förväntningar beaktas.”*<sup>3</sup>

Svenskarna är inte ensamma, mönstret följer en process som har pågått i många decennier i andra länder över hela Europa och i USA.<sup>4</sup> De senaste årens utveckling mot kortare möten i vården, där en teknifierad industritanke styrt vårdorganisationen har fått allt fler att fråga efter plats för humanistiska vården. Vårdpersonal och patienter vill skapa en vård som i handling tydligt signalerar en föreställning att människan inte enbart är en kropp vars delar går att ”laga” utan individer som påverkas av alla de aspekter som utgör hennes liv: sina relationer, sina känslor, sitt boende, miljön, sitt arbete, sin ekonomi, sina tankar, sin historia och mycket mer.

Integrativ medicin handlar inte bara om att få in fler komplementära metoder i den etablerade vården, utan om att ge plats för en ny hållning till patienten. Det kräver nytänkande på flera plan, inte minst inom forskningen, menar många av integrativmedicinens förespråkare.

Den traditionella naturvetenskapliga forskningen fokuserar ofta på en faktor i taget, som när man testar ett nytt läkemedel. Modellen har varit framgångsrik och har lagt grunden till en god medicinsk akutvård och bättre hygien som ökat och fortsätter att öka livslängden och bidrar till att Sverige leder hälsoligan i världen. Märkligt nog leder Sverige

---

<sup>1</sup> Landstingsförbundet. 2001. Den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landets landsting. En kartläggning på uppdrag av Landstingsförbundet. Komplementära hälsostudier 2. ISBN 91-7668-293-5

<sup>2</sup> Eklöf, M. och G. Tegem, 2001. Stockholmare och den komplementära medicinen. Befolkningsstudie angående inställning till och användning av komplementär medicin genomförd under år 2000 i Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting. HSN rapport nr 12.

<sup>3</sup> Stockholms läns landsting, 2001. Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting.

<sup>4</sup> Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. Journal of the American Medical Association, Nov 11;280(18):1569-75, 1998.

också sjukskrivningsligan och för att förstå detta räcker inte de naturvetenskapliga förklaringsmodellerna. För att förstå de mångdimensionella faktorer som påverkar en person att ändra sin livsstil så att den gynnar hennes hälsa och välmående, behövs kompletterande förklaringsmodeller.

Larmrapporter om att allt fler blir feta, med hot om nästintill oundvikliga följsjukdomar som diabetes hjärt- och kärlsjukdomar är alarmerande. Många säger att det inte räcker att försöka lindra när skadan väl uppstått. Istället handlar det om att skapa en hälsovård som även jobbar preventivt för att stärka det friska – till exempel genom att ge dem som är i farozonen redskap för att ta ansvar för sin egen hälsa.

Det salutogena perspektivet med att också stärka det friska, snarare än att ”bara” bota det sjuka, är en av grundtankarna i integrativ vård. Från patogenes till att också inkludera salutogenes och för en vård med fler dimensioner. En av vägarna dit heter kunskap.

För att bidra i diskussionen om ett vetenskapligt förhållningssätt inom integrativmedicinens utveckling har SFIM arrangerat en internationell konferens i Linköping 29 maj, 2007, med rubriken: *Science and experience in a pluralistic health care system*. Inbjudna talare var tjugo forskare från Sverige och Europa. Över 180 åhörare från hela landet lyssnade och diskuterade med Göran Rosenberg som dagens samtalsledare.

## **Modern medicin - präglad av paradoxer**

---

Hälsovård och medicin berör oss alla, konstaterar Göran Rosenberg, journalist och författare och dagens moderator. Framför sig har han en publik som rest från hela landet till Linköping.

Göran Rosenberg är intresserad av ämnet hälso- och sjukvård inte minst för att det väcker många frågor. Betyder en växande hälsosektor att vi är mer sjuka eller är det andra krafter som styr? Han ser paradoxer i denna framväxt. Å ena sidan finns det nya vetenskapliga framsteg som räddar liv å andra sidan uppkommer sjukdomar orsakade av vården självt, som t.ex. vid biverkningar av läkemedel. Sjukvården innehåller hälsovård men är också en affärsrörelse i tillväxt. Den moderna vården är beroende av läkemedel, men medicin handlar också om det mänskliga mötet.

Paradoxerna väcker frågor: Är medicin en fråga om pengar eller relationer? Handlar det om konst eller vetenskap? Vilken roll spelar begreppen evidens och erfarenhet? Vad kan mätas och vad kan mätas bra?

WHO definierar hälsa som:

*"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".<sup>5</sup>*

Alltså som en upplevelse av fullständig fysisk, mental socialt välmående och inte bara frånvaro av sjukdom och svaghet. Det är stora ord, men det är dit hälsovården strävar. En total upplevelse av hälsa.

– Men känslan av välmående, är en subjektiv upplevelse, påpekar Göran Rosenberg.

Det finns människor som har en diagnos, men ändå upplever sig må bra och att de har ett gott liv. Andra, som saknar diagnos mår ändå inte bra. Det är den verklighet medicinen har att brottas med.

Hur ska medicinen utvecklas? Vilket är nästa steg framåt? Kanske är integrativ medicin svaret? Tanken föder nya frågor, menar Göran Rosenberg: Varför finns det ett sådant motstånd inom skolmedicinen mot alternativa och komplementära metoder? Och varför söker sig så många till dessa terapier, trots att de beskrivs som icke verksamma? Kanske står vi inför en vändpunkt i medicinen nu där vi kan mötas och se ett värde i båda synsätten? frågar Göran Rosenberg.

---

<sup>5</sup> www.who.int

## **Integrativ medicin – under konstruktion**

---

Integrativ medicin definieras på många olika sätt. Den vanligaste förklaringen är att det är skolmedicinen som kombineras med komplementära och alternativa metoder.

Men man ska vara försiktig att beskriva integrativ medicin som om det bara handlar om att använda fler tekniker i den vanliga sjukvården, det är mycket mer än så, menar Vinjar Fønnebø, professor vid NAFKAM, (Nationellt center för forskning om alternativ och komplementär medicin), Universitet i Tromsø, Norge.

– Det viktigaste i integrativ medicin är hållningen till patienten. Om hon eller han ordinerar massage eller akupunktur istället för ett vanligt läkemedel, är inte det avgörande utan att patienten görs delaktig i sin vård. Genom att patienten bjuds in till ett samtal om sin egen läkning blir hon till en partner, med möjlighet att påverka vägen till sin hälsa. Vårdpersonalen lyssnar till patientens historia. Under berättelsen försöker de förstå vem hon eller han är och under vilka livsvillkor individen lever. Vilka är de multidimensionella aspekter som skapat denna patient? Tillsammans gör läkaren och patienten upp hälsomålet med behandlingen. Behandlingen väljs efter bästa tillgängliga medicinska kunskap. Det kan bli alternativ vård, konventionell vård eller en kombination.

### **”Bästa medicinska kunskapen” - också komplementära metoder**

– Riktigt så är det inte i vården idag. Istället har den under de senaste åren anammat en allt mer teknisk inställning till patienten, menar Vinjar Fønnebø.

Ibland tycks inställningen vara att hälsovård är något som kan levereras utan hänsyn till vem som levererar den, eller vem mottagaren är. Det innebär att många aspekter av patienten och dennes liv aldrig uppmärksammas. Inte heller är det tydligt vilket som är målet med behandlingen. Ändå är det vårdens skyldighet att vila på bästa medicinska kunskap. Vinjar Fønnebø, menar att ”bästa medicinska kunskapen” borde inkludera alla typer av medicin, vare sig de kallas konventionell, komplementär, alternativ eller traditionell medicin, separat eller i kombination. Patienten kanske ska ges ett läkemedel, eller en alternativ behandling eller en mix. Allt beroende på vilket problem hon söker för.

### **Det saknas en kunnig integrativ vårdgivare**

Idag är det få inom sjukvården som har kunskap om både konventionell medicin och komplementär och alternativ medicin, KAM. Ett problem är att idag finns ingen som är utbildad integrativ vårdgivare i Norden. Istället är det patienten själv som får härbärgera de olika världarna i sig, den konventionella medicinens och KAMs värden. Patienten tvingas själv konstruera en förståelseram i sig.

Dessa villkor är något som vi som forskar inom KAM måste förhålla oss till. En viktig forskningsfråga är hur kommunikationen ska kunna fungera mellan dessa skilda världar. Den måste fungera för patientens bästa. Att finna en lösning är en av de stora utmaningarna vi står inför för att skapa en framtida integrativ medicin, säger Vinjar Fønnebø.

Men trots att forskning saknas väntar patienterna inte på besked. De använder dessa ”oprövade” metoder. En majoritet av cancerpatienter i en engelsk studie uppgav att de provat många alternativa eller komplementära metoder. Metoder som några av landets mest välkända forskare har varnat för. Användarna upplever sig ha blivit hjälpta. Hur kan man förklara det?

Vinjar Fønnebø fortsätter:

– Många kritiker hävdar att människor upplever sig hjälpta för att behandlarna ägnar dem tid. För att de tänder ljus och talar vänligt till dem. Resultatet skulle alltså bero på att de tända ljusen, omhändertagandet; skapar förväntningar om läkning och ger effekt, så kallad icke-specifik effekt, rena placebon alltså! Om det var behandlingen i sig som gjort dem friska hade det varit fråga om ”verklig” effekt, så kallad specifik effekt. Det är vad som räknas som riktigt resultat.

– Men tänk om patienten inte bryr sig om det var specifik eller icke-specifik effekt som påverkade dem? Tänk om de bara var nöjda med att de blev bra?

### **Få studier hinder för integrativ medicin**

Bristen på vetenskapliga bevis är ett stort problem för framväxten av integrativ medicin. Men att det finns få studier innebär inte att metoderna inte fungerar. Det betyder bara att de ofta inte är prövade. Men att studera KAM ställer krav på nytänkande, menar Vinjar Fønnebø. För hur kan man forska på metoder som akupunktur och massage? Den högt ansedda forskningsmodellen med randomiserade placebokontrollerade dubbelblinda studier är inte alltid användbara här. Patienten kan inte ges ett sockerpiller. Det är lätt för både patient och personal att veta vem som får nålar och vem som inte får det.

### **Vem är den sjuke?**

Men det finns ytterligare ett problem som avslöjar hur mycket förhållningssättet skiljer sig mellan konventionell medicin och KAM. I konventionell medicin letar läkaren efter en diagnos till den sjukdom patienten har. Men inom KAM letar man efter en diagnos och behandling som passar den sjuka personen. Och det är något helt annat. Eller uttryckt på ett annat sätt av Vinjar Fønnebø:

– Som patient vill du ha den bästa tänkbara vården, men vad som är den bästa vården beror på vad du lider av. Om det är hjärnhinneinflammation har den konventionella medicinen utan tvekan bäst behandling att erbjuda.

Men om det gäller förstoppning är det en annan sak. Visst kan patienten få ett laxermedel, men det löser knappast problemet på sikt. Istället behövs troligen analys av persons livsstil, mat, stressprofil och motionsvanor, eftersom det är många fler aspekter som måste vägas in för att hitta rätt behandling än vid hjärnhinneinflammation. I den vanliga vården finns oftast inte tid att diskutera vilka livsstilsförändringar som är nödvändiga. Den tiden tar sig KAM behandlarna. Och eftersom patienten då involveras kan behandlingen uppnå bättre resultat. .

### **Behandlingsidé borde påverka forskning**

Synen på behandling påverkar valet av forskningsmetod. I den konventionella medicinen vill man ha svaret på om en metod fungerar. Nästa steg är att se om en specifik behandlingskomponent ger effekt på en specifik diagnos. I KAM är utgångspunkten ofta individens välbefinnande, inte enbart sjukdomen. Det innebär att utöver de specifika effekterna har den enskilda patientens en önskan om en viss behandling betydelse, eftersom hennes upplevelse (ickespecifik effekt) räknas som en väsentlig del i läkeprocessen.

En forskningsmodell kan vara metodisk perfekt, men om man inte har kunskap om det fält man undersöker är det till ingen nytta. Man måste inkludera hela systemet, allt det som kan tänkas påverka en patient för att skapa en bra forskningsmodell kring en fråga, påpekar Vinjar Fønnebo.

Därför är det viktigt att finna ut nya undersökningsmodeller som inkluderar specifika och icke-specifika effekter, som tar med många fler dimensioner av en människas liv. Därför har man idag alltmer börjat tala om cirkulära forskningsmodeller.

Där är patienten i mitten och allt det som påverkar henne finns i de "tårtbitar" som utgör livet runt henne.

### **Samtal**

*Göran Rosenberg:* Finns det en tendens att misskreditera vissa mer svårhanterade sjukdomar som förstoppning, genom att man inte anser att de är "riktiga" sjukdomar?

*Vinjar Fønnebo:* Ja jag tror du har en poäng där att om vi inte kan behandla en sjukdom så finns den inte. Medikaliseringen har lett till att om vi har en bot så letar vi efter en sjukdom. Och omvänt att sjukdomar som inte låter sig botas riskerar att ge avstånd.

*Finn Bengtsson, läkare och riksdagsledamot (m):* Vilket ansvar har den som misslyckas att hjälpa en patient att stötta patienten att gå vidare till annan behandling, som läkaren kanske inte känner till?

*Vinjar Fønnebo:* Detta är en viktig fråga eftersom det handlar om dialogen mellan dem som ger behandlingar. I Arizona, USA där man under Andrew Weils ledning försöker hitta modeller för samarbete är den största utmaningen att rekrytera behandlare som inte tror att de kan bota allt. De måste kunna erkänna: Jag kan inte. Annars kan de inte arbeta i ett team.

## **Dags att ersätta evidenspyramiden med en cirkulär modell**

Sjukvårdens mål är att ge den bästa behandlingen. Svaret på vad som är den bästa behandlingen, brukar idag värderas med en evidensmodell där randomiserade försök värderas högst och andra försöksupplägg ofta inte ens beaktas. Men det är inte längre så självklart att dagens sätt att bygga evidens är den enda sanna modellen.

– Ut med den manliga pyramidsymbolen in med en kvinnlig cirkulär! Det är dags att utmana den hierarkiska forskningsmodellen och ersätta den med en cirkulär modell. Först med en ny modell kan de mångdimensionella faktorer som påverkar en patient tas med, säger Harald Walach, psykolog och professor vid universitetet i Northampton, Storbritannien.

### **RCT diamant i toppen**

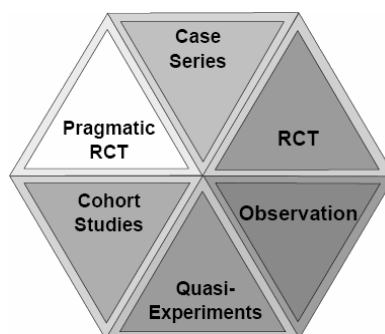
För många är den främsta symbolen för naturvetenskaplig medicinsk forskning evidenshierarkin. Den glittrande diamanten i toppen utgörs av randomiserade dubbelblinda placebokontrollerade studier.

– Resonemanget bakom att utvärdera medicinska behandlingar är att det finns en hierarki av metoder, som kontinuerligt skapar evidens, som kan vara underlag för läkarens kliniska bedömningar, berättar Harald Walach.

I botten på denna evidenshierarki finns enskilda patientfall, översyn av grupper av patientfall som följs av studier av enskilda patientgrupper, så kallade kohortstudier. Nästa steg, som ytterligare anses skärpa tillförlitligheten och minska risken för felaktiga slutsatser är randomiserade kliniska studier, alltså där patienterna lottas till att tillhöra undersökningsgruppen eller kontrollgruppen.

### **Passar för läkemedel**

Detta tillvägagångssätt passar bra för att testa läkemedel. Men knappast mer komplexa behandlingar som akupunktur, healing och kirurgi.



Istället vill Harald Walach ha en cirkulär modell, se figuren ovan, som består av många slags metoder, kvantitativa och kvalitativa, med olika design som kan balansera varandra i sökandet efter svaret efter vad i behandlingen eller livsstilen som gör människan frisk.

Först med denna modell kan hälso- och sjukvården få kunskap och förståelse för vad som behövs för att skapa en evidensbaserad hälsovård.

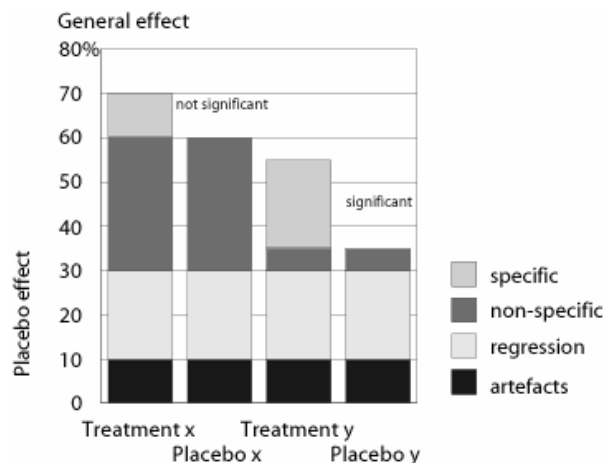
I den cirkulära modellen används flera olika forskningsmetoder i kombination för att på bästa sätt fånga upp de komplexa samband som påverkar om en behandling kan anses framgångsrik eller ej.

### Effektivitetsparadoxen

Harald Walach beskriver att effektivitetsparadox (efficacy paradox) väcker frågan om vad som är viktigast, nämligen *Hur* blev patienten blev bättre/frisk/smärtfri eller *Att* patienten blev bättre/frisk/smärtfri.

Inom skolmedicin vill man genom sina studier kunna ge ett svar på om en behandling fungerar eller inte, alltså om den leder till den effekt man önskar. En behandling kallas effektiv om en specifik insats leder till det resultat man önskar. Enkelt uttryckt om den smärtstillande medicinen ger patienten lindring. Under studiens gång är ambitionen att skala bort allt som kan tänkas påverka detta svar. Effekten ska vara "ren" utan så kallad icke-specifik påverkan. Men riktigt så enkelt är det inte för patienten.

Icke-specifik påverkan är allt det i omgivningen som påverkar patienten: personalens omhändertagande, miljö, ljud, mat, rutiner och själva medicinska/terapeutiska behandlingen. Det finns flera studier som pekar på att patientens förväntningar och även läkarens förväntningar, har stor betydelse för effekten av behandlingen. Tänk om hennes smärtlindring blir lika god med ett ickeverksamt piller tack vare att hon mår bra av personalens bemötande. Tänk om effektiviteten med ett annat mått kan anses bli bättre, eftersom hon slipper de smärtstillande medicinernas eventuella biverkningar?



Från början var hans idé mest ett tankeexperiment. Sedan dess har han hittat åtskilliga bevis som bekräftar hans idé om effektivitetsparadoxen.<sup>6</sup> Illustrationen ovan förtydligar effektivitetsparadoxen. Behandling x kan ha en större generell behandlingseffekt jämfört med behandling y trots att endast behandling y skiljer sig statistiskt signifikant jämfört

<sup>6</sup> Walach, H. 2001. Efficacy Paradox, Forsch Komplementärmedizin, 8:193

med placebo. Regression - t.ex. spontan läkning; Artefakter - t.ex. mätfel, Icke-specifika effekter tillsammans med Regression och Artefakter är placeboeffekt i randomiserade kliniska prövningar.

### **Placeboakupunktur lika bra**

– Om det finns flera behandlingar som tycks hjälpa är det klokt att jämföra dem: vilken är mest effektiv, säger Harald Walach.

I en stor studie som gjorts om akupunkturbehandling vid migrän valdes en design där en grupp migränpatienter lottades till akupunktur och den andra till något som liknade akupunktur (placebo), men inte var det. En annan grupp fick konventionell behandling eller medicinsk profylax. Undersökningen visade att det inte fanns någon skillnad i resultatet mellan grupperna!

– Men akupuncturen ligger alltid lite bättre än de övriga, till och med placeboakupuncturen låg något bättre än konventionell behandling, säger Harald Walach och pekar på sin presentation.

– Den viktiga slutsatsen är, menar han, att standardbehandlingen som anses prövad och vetenskapligt bevisad inte är bättre än placebo. Ändå är föreställningen i skolmedicinen att man inte är intresserad av icke-specifika effekter, bara specifika. Man är inte intresserad av kontextens påverkan. Men om den icke-specifika effekten är större!

Harald Walachs slutsats är att icke-specifika effekter och kontexten ibland är viktigare än specifika effekter. Istället för att försöka skala bort de icke-specifika effekterna som man gör i skolmedicinen, skulle man ta vara på dem. Välj hellre en cirkulär undersökningsmodell, en modell som utgår från att patienten är någon som kan välja och vill välja sin behandling och att det spelar roll för resultatet.

### **Samtal**

*Helena Dahlgren:* Gäller dina exempel om effektivitetsparadoxon bara smärta?

*Harald Walach:* Nej, det finns god evidens för att icke-specifika effekter har god påverkan vid Parkinson med flera sjukdomar

*Bertil Wärne:* Hur länge räcker effekten av den icke-specifika påverkan?

*Harald Walach:* Den är lika bra som vid andra insatser. Det finns en uppfattning om att placebo är kortlivad men så är det inte. Problemet är att verkan av en medicin brukar studeras i 10-11 månader, men när det gäller medicinering vid reumatism borde uppföljningen vara i tio år, eftersom det ofta är så länge som patienten står på behandling. Men någon så lång uppföljning finns inte, därför vet man litet om biverkningarna på lång sikt. Det borde man ha mer kunskap för att bättre utvärdera behandlingsresultat med ensidig blick för specifik effekt.

## **Samarbete och pluralism**

---

På senare år har allt större ansträngningar i vården satsats på att besvara frågan: Är behandlingen kostnadseffektiv? Den konventionella metoden att besvara frågan är att bekräfta om den har effekt. Men i effektvariablerna finns sällan någon fråga med för att mäta patientens upplevelse. En konsekvens av denna utveckling är allt mindre tid för patienten. Samtidigt har den enskilde läkarens kliniska blick tillmätts minskad betydelse. Istället är det riktlinjer baserade på vetenskaplig evidens som ska gälla.

– För länge sedan var läkarens kliniska förmåga högt värderad, menar Gunvor Kienle, läkare och forskare vid *Institutet för Applied Epistemology and Medical Methodology*, Freiburg, Tyskland. Det var kunskap, kombinerad med en lång erfarenhet och stor hantverksskicklighet som lade grunden för tilliten till läkarens förmåga att ge rätt diagnos och behandling. Men med åren, då vårdens villkor förändrats har den kliniska förmågan hamnat i skymundan.

Istället talas om evidens, som det enda gällande. Genom att läsa forskning om evidens ska man ta till sig det senaste i forskningen och omsätta denna kunskap i praktik och härigenom nå bästa tänkbara behandlingsresultat. Men det är mycket kunskap som går förlorad om inte läkarens egna iakttagelser och reflektioner tas till vara.

### **Utveckling genom reflektion**

Under arbetet gör läkaren iakttagelser. Genom sin reflektion kring patientfall bygger han/hon upp sin yrkeserfarenhet. Denna tysta erfarenhet, kallad klinisk blick, är baserad på praktik, erfarenhet, kunskap och reflektion. Den finns i alla områden av yrkesutövningen; vid diagnos, behandling, kommunikation med patient och kollegor och vid beslutsfattande. Den utgör grunden för yrkesförmågan. Denna förmåga är vad som utmärker de mest skickliga läkarnas expertkunskap. Allra mest betydelsefull är den kliniska blicken vid diagnos och beslutsfattande, men inte i lika hög grad vid val av behandling. Medan den kliniska blicken är intuitiv, kunskap i kombination med erfarenhet, styrs valet av behandling av kravet att kostnaden ska kunna mätas mot resultatet. Hur ska det kunna mätas? Vanligtvis brukar detta göras med hjälp av randomiserade kliniska försök. Detta innebär att dagens läkare får lära sig att enstaka patientfall, eller enskilda läkarens iakttagelser inte är intressanta. Det individuella är till nytta först när det kan generaliseras. Vad innebär denna hållning för den enskilde läkaren? Översatt till den kliniska vardagen betyder det att läkaren lär sig att tvivla på sina egna iakttagelser. De anses icke relevanta.

Dagens forskningsmodell bygger istället på att kliniskt verksamma läkare förmedlar sina funderingar till vetenskapsmän som designar studier för att ge svar på frågan genom att göra bl.a. randomiserade kliniska studier. Genom dem skapas evidens, vilka ska leda läkaren i det praktiska arbetet. Idealbilden av den kliniskt verksamma läkaren är en som utför sitt yrke efter senaste evidens, som en teknisk rationalist. Denna modell syftar till att undvika den enskildes bedömningar, till förmån för evidensens generella slutsatser. Problemet blir då att den enskilda läkarens självständighet och autonomi begränsas, professionalismen minskar medan byråkratin ökar. Någon utifrån (läkemedelsindustri,

statistiker, ekonomer och epidemiologer) formulerar den lämpligaste behandlingen, riktlinjer för den enskilde läkaren.

Men man verkar ha glömt att det är läkaren som ska använda resultaten från den senaste evidensen i sin verksamhet och som gör bedömningen om den rekommenderade behandlingen är tillämpbar eller inte. Han/hon kan bedöma om det evidensen pekar på passar – eller inte. Det är han/hon som får ta hand om konsekvenserna om den behandling som rekommenderas inte passar den enskilde patienten.

Argumentet mot denna modell är att läkarens kliniska erfarenhet som ligger till grund för val av behandlingen faktiskt inte grundar sig på en utan flera patienter. Den bygger på erfarenhet. De som behandlar cancerpatienter till exempel göra intressanta iakttagelser som fler i det medicinska samhället kan dra nytta av. Men ett stort problem är att kommunikationen idag bara går en väg. Hur ska detta kunskapsutbyte kunna ske? Gunver Kienles slutsats är att man kan bygga ny kunskap genom att systematisk ta till vara enskilda läkares erfarenhet av sin kliniska verksamhet. Hennes lösning är att bygga en *Epistemology of practice*, en teoretisk bas för att värdera läkarens praktiska kunnande. Den består huvudsakligen av tre element: Erfarenhetsbaserad kunskap, förmåga att se helhet och reflektion i handling,

**Erfarenhetsbaserad kunskap** eller hantverksskicklighet är den tysta kunskap som en sann expert har. En kunskap som består av mer än det han/hon kan uttrycka. Denna tysta intuitiva kunskap är mer betydelsefull för professionell framgång än konventionell akademisk intelligens.

**Förmågan att se helhet** är att känna igen ett problem, en skada oavsett hur det uppträder, vilken gestalt det tar, genom att ta in alla de komplexa samband som tillsammans kan ha orsakat skadan.

**Reflektion i handling** är förmågan att finna en lösning på ett problem där det inte finns några riktlinjer att förlita sig på. Läkaren blir här en forskare i sin egen praktik: Vilken är den bästa lösningen?

Denna teoretiska bas kan bland annat skapas genom att läkaren dagligen använder en checklista vid besök hos sina patienter. Denna checklista kan fungera som ett sätt att värdera sin egen erfarenhet för att gradvis uppvärdera den kompetens vardagsarbetet ger.

## **Samtal**

*Göran Rosenberg:* Den kliniska blicken och beslutet är en väsentlig del av klinisk professionalism. Den är byggd på kunskap. Läkare träffar patienter varje dag och gör sina iakttagelser om sjukdomar, behandlingar och konsekvenser av riktlinjer. Men idag finns inget tillbakaflöde av dessa iakttagelser. Det finns inget system att fånga upp och uppskatta deras iakttagelser.

*Gunver Kienle:* Det börjar vända lite nu. Idag är läkarens kliniska erfarenhet högre värderad, också för att det finns allt fler belegg för betydelsen.

### **Samarbete och samtal i Tyskland**

I Tyskland finns en lång historia av samexistens mellan skolmedicin och alternativ och komplementär medicin. I vart och vartannat fönster till läkarmottagningar i primärvården finns skyltar om att han/hon också är utbildad i akupunktur, antroposofisk medicin, naturläkemedel, eller har någon annan komplementärmedicinsk utbildning. 51 procent av de tyska läkarna i primärvården anser att komplementär medicin är något positivt. (25 % är positiva och 26 % är mycket positiva). Av invånarna använder 73 procent komplementära metoder.

Men parallellt med denna situation finns också en obalans präglad av misstroende från båda parter. Ett exempel är att på universiteten gäller den konventionella skolmedicinen och det är den biomedicinska forskningen som är i fokus, inte komplementär medicin.

I praktiken har den komplementära medicinen i Tyskland sin plats framförallt i primärvården. Här har primärvårdsläkaren ofta kompetens eller vidareutbildning även i komplementära metoder.

Eftersom patienterna så tydligt talat om att de vill ha både och skapades år 2000 ett forum för dialog mellan företrädare för skolmedicin och komplementär medicin: *Dialogue Forum on Pluralism in Medicine*.<sup>7</sup> Initiativtagare var nuvarande tyska läkarförbundets ordförande. Bland de åtta prominenta deltagarna fanns bland andra ordförande för tysklands akupunktörer. Syftet med ett forum är att skapa en konstruktiv dialog mellan representanter för konventionell skolmedicin och komplementära utövare. Målet är att integrera andra terapeutiska idéer i den vanliga vården - allt för att ge optimal nytta för patienten.

### **Vad är en människa?**

Vid det första symposiet presenterade man elva komplementära riktningar för varandra. Man diskuterade sina koncept om sjukdomens uppkomst, om vägen till helande och synen på människan i de olika behandlingssystemen, berättar läkaren och forskaren Helmut Kiene, ledare för *Institute for Applied Epistemology and Medical Methodology*, Freiburg, Tyskland. Man diskuterade också hur de olika medicinska systemen förhöll sig till andra medicinska system; är deras en isolerad polaritet eller relaterar det till något annat system? Man resonerade om vilka metoder som var lämpliga för att mäta en behandlings framgång. Dialogen har sedan fortsatt bland annat om människosynen inom medicinen, eftersom synen på människan har betydelse för vilka behandlingar man väljer. Det är troligt att behandlingarna skiljer sig åt om den som ger dem föreställer sig att människan är en reflektion av molekyler jämfört med den som också tror att hon är en andlig varelse.

Särskilt intressanta blev samtalen på ett seminarium där skolmedicinare och komplementära behandlare gemensamt diskuterade diagnos och behandling av enskilda patientfall. När de lämnade den ideologiska nivån och gick in på den praktiska tillämpningen blev det ett tillfälle att på allvar diskutera ett pluralistiskt perspektiv på behandlingen.

---

<sup>7</sup> [www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de](http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de)

### **Nätverk mellan universitet och primärvård**

Tyskland har fler modeller för brobyggande mellan konventionell och komplementär medicin. Vid *Centre for Complementary Medicine Research* i München har man bjudit in verksamma läkare till forskarna på universitetet.

– På universiteten har forskarna ofta liten kunskap om de komplementära metodernas teorier och behandlingar, därför har vi inlett ett samarbete med läkare i primärvården. Inte för att vi ska göra forskning åt dem, utan för att vi ska göra det tillsammans, berättar Dieter Melchart, docent vid *Centre for Complementary Medicine Research*.

Samarbetet sker i nätverk med flera grupper av läkare, bland annat har primärvårdsläkare utbildats i forskningsmetodik.

– Efter en sådan kurs har deras förmåga som forskningskonsumenter ökat. Samarbetet har också resulterat i flera studier tillsammans. Bland annat kartläggningar av biverkningar från naturläkemedel som rapporterats från ett sjukhus med Traditionell Kinesisk Medicin i de nordöstra delarna av delstaten Bayern. I en annan studie har primärvårdsläkare jämfört akupunktur med miniakupunktur eller ingen akupunktur (väntelista).

## **Internationella rekommendationer**

---

Integrativ medicin är på stark frammarsch över hela världen, inte minst i den välbärgade västvärlden. I många fattiga länder i Asien och Afrika är traditionell medicin, (som här hos oss ofta kallas för alternativ och komplementär medicin) den medicin som en stor del av befolkningarna använder sig av, för att det är den billigaste och mest tillgängliga formen av medicin. I flera av länderna finns också skolmedicinen, men ändå väljer många den traditionella medicinen.

– Vi har frågat människor i Laos, varför de använder traditionell medicin, när de har västerländsk medicin att tillgå, berättar Torkel Falkenberg, ledare för enheten för Studier av integrativ vård, Karolinska Institutet. För att det är effektivt, berättar de. Man menar också att den traditionella medicinen har färre biverkningar. Men framförallt vill de kombinera metoderna, eftersom det finns fler aspekter som tilltalar oss i både det konventionella och det traditionella systemet.

Världshälsoorganisationen, WHO har på sina 191 medlemsstaters uppdrag analyserat förekomsten av traditionell medicin och alternativ och komplementär medicin i världen. Kartläggningen visar att det är en växande sektor i flera medlemsstater. Den ekonomiska betydelsen blir alltmer tydlig. Traditionell medicin, TM/KAM används på olika sätt beroende på i vilket land och under vilka förutsättningar den utvecklats. Bland WHOs medlemsstater finns idag tre modeller för hur officiellt erkänd TM/KAM är i hälsovården.

Modell nummer ett har integrerat den traditionella medicinen i sin hälso- och sjukvård. Denna modell som kallas integrativ, finns i Kina, Vietnam och Korea. Den innebär att TM/KAM finns med i landets medicinpolicy, medicinerna såväl som utövarna är officiellt registrerade och reglerade, metoderna används på landets sjukhus och kliniker (privata såväl som offentliga), TM omfattas av försäkringssystemet och utbildningar i metoderna finns i landet ända upp till universitetsnivå.

Modell nummer två kallas den inkluderande modellen. Här erkänns TM/KAM men är inte helt integrerad i vården, eftersom den inte är tillgänglig överallt, det saknas universitetsutbildningar i metoderna eller genom att försäkringssystemet inte ersätter för användningen av metoderna. Inte heller är utövarna registrerade eller reglerade. Men ofta är en reglering på gång eller en policy för hur en integrering ska gå till är under diskussion. Länderna i denna modell är allt från fattiga länder som Nigeria, Mali Guinea, till medelinkomstländer som Indien men även rikare länder som Storbritannien och Kanada. Här ingår Norge. I Norge erbjuds komplementär behandling på vart fjärde sjukhus. Här finns också en lag som sedan 1 januari, 2004 ger legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rätt att använda vissa alternativa behandlingar.

Att allt fler av världens invånare använder alternativa och komplementära metoder innebär också utmaningar. Framväxten kan inte ske helt oreglerat, utan WHO anser att det behövs nationell reglering för hur tillväxten ska ske; för patienternas säkerhet. Det ska finnas kontroll av att metoderna är säkra, effektiva och håller hög kvalitet. De måste finnas garantier att de som ger behandlingarna har en inom sin verksamhet licensierad utbildning av hög kvalitet och god träning på de metoder man använder.

– WHO har uppmanat sina medlemsstater att skapa nationella regler för framväxten av KAM, säger Torkel Falkenberg.<sup>8</sup>

År 2002 hade 96 av 141 länder en policy, eller var på väg att skaffa sig en. Men bland de 96 fanns inte Sverige. I Sverige finns en annan paradox, det som kallas *the policy practice paradox* där vi ser två parallella skeenden. En officiell hållning med en lag som reglerar hur hälso- och sjukvården ska fungera samtidigt som en annan praxis växer fram inom hälso- och sjukvården på tvärs mot lagen.

– När landstingen tillfrågades om de har samarbete med alternativa eller komplementära vårdgivare, svarade majoriteten att deras egna anställda ger sådana behandlingar, berättar Torkel Falkenberg.

Många av behandlingarna som den egna legitimerade vårdpersonalen ger finns inte bland dem som SBU och Cochrane anser det finns evidens för. Detta sker alltså trots att det finns en lag i Sverige som slår fast att vården ska vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

– Jag tror att det är bra att uppmärksamma paradoxen mellan praktisk tillämpning och gamla otidsenliga lagar. En dialog med flera aktörer om detta är nödvändig och det är en av anledningarna till att SFIM arrangerat denna konferens, slutar Torkel Falkenberg.

---

<sup>8</sup> Fifty-sixth World Health Assembly, WHA56.31: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA56/ea56r31.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea56r31.pdf)

## **Akademins roll för ny kunskap**

---

Vilken roll spelar den akademiska världen för att evidensbasera de alternativa och komplementära behandlingar som används av svensk legitimerad vårdpersonal? Ett av de mest aktiva universiteten i sökandet efter mer kunskap är Linköpings Universitet.

Linköpings universitet har sedan många år haft en öppen attityd till alternativa och komplementära metoder. Kan de undersökas och befinnas verksamma ska de ha en plats i sjukvården är hållningen, menar läkaren Mats Hammar, professor i obstetrik och gynekologi och dekan vid Linköpings Hälsouniversitet.

– Det vore slöseri att inte ta tillvara metoder som kan hjälpa oss. Men de alternativa och komplementära metoderna ska självklart utvärderas med modern vetenskap, säger Mats Hammar.

Inom den akademiska världen vet man att det inte alltid går att använda randomiserade blindade kliniska försök, utan bästa tänkbara metod är vad som gäller. Oavsett vilken metod som används går det nästan alltid att ha kontrollgrupp, menar han. Under flera år har Mats Hammar och hans kollegor undersökt om akupunktur kan hjälpa mot värmevallningar under klimakteriet.

Värmevallningar drabbar 75 procent av alla kvinnor i klimakteriet kortare eller längre perioder. För några blir de upprepade attackerna av vallningar så besvärande att de söker medicinsk hjälp. Tillskott av östrogen hjälper och har under många år varit det som rekommenderats. Men alla kvinnor vill inte använda östrogen och andra som opererats för bröstcancer kan inte använda det. Därför finns ett behov av alternativ. En trolig orsak till besvären är att när östrogen och testosteron nivåerna sjunker kommer värmeregleringen i obalans. Resultaten från Linköping visar att med akupunkturbehandling kan temperaturregleringen stabiliseras. Akupunkturen minskar vallningarna hos friska kvinnor och akupunkturen kan minska vallningarna även hos kvinnor som är opererade för bröstcancer. Från andra studier är det också känt att kvinnor som tränar fysiskt har färre problem med värmevallningar. Det finns också studier som visar att fytoöstrogen (östrogen från växtriket) som finns i sojabönor och andra baljväxter kan hjälpa.

### **Samtal**

*Göran Rosenberg:* Med de tidigare föredragens beskrivning av specifika och icke-specifika effekter i färskt minne undrar jag över valet av forskningsmetod. Det tycks som om ni valt ett traditionellt forskningsfokus; att undersöka en specifik effekt. Fungerar akupunktur eller ej?

*Mats Hammar:* Ja vi måste först konstatera att akupunkturen har en effekt. Men vi mäter också personens upplevelse av livskvalitet och liknande, vi ägnar oss inte bara åt att undersöka specifika effekter.

*Göran Rosenberg:* Vad skulle han kunna ha gjort för att fånga upp fler faktorer? Vad säger *Gunver Kienle:* Man kunde ha kompletterat genom att fånga upp läkares terapeutiska erfarenheter. Bra erfarenheter av behandling av heta vallningar skulle kanske varit öppningen till nya forskningsspår?

*Mats Hammar:* Självklart ska vi som akademiker vara öppna för nya spår. Men hur vi forskar handlar också om ekonomiska resurser. Frågan är om Einstein skulle kunna ha utvecklats idag med detta system för att söka ekonomiska anslag till forskning. Dagens system är ett effektivt sätt att behålla forskningen i en bestämd form. Men jag tycker ändå att Linköpings universitet har en god balans eftersom vi försöker locka medarbetare att jobba och forska samtidigt. Modellen ger universitet en bra kontakt med den kliniska verksamheten i forskningen. Åtminstone när det gäller läkare, men det har varit svårare att få sjuksköterskor och fysioterapeuter att kombinera arbete och forskning.

*Vinjar Fønnebo:* Mats Hammar beskriver hur de jämför en metod med en annan. Det är en äldre modell av forskning. Istället för att formera Kunskapscentra enligt modellen Center of excellence som bara riskerar att konservera kunskap, borde man hellre skapa Center of Innovative excellence. I Norge har man valt en ny approach genom att fånga upp patienter med exceptionella sjukdomsfall. De ber patienter som använt alternativ eller komplementär medicin och oväntat blivit friska från en allvarlig sjukdom att berätta sin historia. Men även de som blivit sämre uppmanas att rapportera det. Av dessa historien finns mycket att lära om individens egna strategier för att bli friska. Här finns möjlighet att lära sig något nytt: Vad fick en person med en allvarig cancersjukdom att tillfriska trots dåliga odds?

*Göran Rosenberg:* Ett annat sätt att få fram ny kunskap kan vara via läkarnas egna berättelser. Många läkare skriver om sina erfarenheter. Kanske är dessa berättelser en port som öppnar förståelsen och utvecklingen mot integrativ medicin?

## **Myndigheternas roll för ny kunskap**

---

När Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, SBU skapades 1987 var målet att göra sjukvården mer effektiv. Erfarenheten hade visat att det kunde dröja upp till tio-femton år, innan ny kunskap blev rutin i vården. Det var självklart på tok för länge.

– Inte skulle människor behöva vänta åratals på en mer effektiv behandling, innan teori omsattes i praktik, säger Helena Dahlgren, biträdande chef och projektledare på SBU. Också motsatsen var sann. Gamla metoder användes, trots att ny forskning visat att de var mindre effektiva.

Idén med vetenskaplig utvärdering av medicinska metoder var att med hjälp av en expertpanel granska och värdera all forskning inom en specifik frågeställning, för att få fram den bästa kliniska evidensen genom systematiska genomgångar. Med den metoden skulle sjukvårdens ansvariga snabbare kunna bli uppdaterade och använda den nya kunskapen.

Men många läkare blev provocerade över idén om evidensbaserad vård: Duger inte vår kunskap och urskillningsförmåga längre? Ska vi inte använda vår egen kunskap längre, utan slå upp i någon slags kokbok, för att veta vad vi ska göra, invände kritiska läkare.

– Självklart ska de använda sig av sin erfarenhet och sin expertkunskap, säger Helena Dahlgren, men eftersom det kommer två miljoner nya vetenskapliga artiklar varje år behövs en instans som plockar ur syntesen i dem.

Många av studierna har kanske kort livskraft i det vetenskapliga kunskapsbygget. Men 10-15 procent av dem kommer att ha fortsatt vetenskaplig hållbarhet och de ska fram i ljuset. Varje större systematisk genomgång vid SBU tar cirka tre år. Att det tar så pass lång tid beror på att de anlidade experterna inom sina respektive område gör analyserna vid sidan av sitt ordinarie arbete.

När det gäller att studera behandlingsmetoder är de flesta av studierna som väljs ut till analys av SBUs experter randomiserade kliniska försök.

– Vi har många studier om läkemedel, få om kirurgi och lite om sjuksköterskornas arbete. Som ett exempel på hur det kan se ut visar Helena Dahlgren en systematisk genomgång av studier om äldre med kognitiva sjukdomar. Hon blev själv lite förvånad över att så många var om läkemedel:

– Av 193 randomiserade kliniska försök var 137 studier om behandling med läkemedel.

Det var tre om sjukgymnastik, fem om minnesträning, sex om stimuli med ljus, ljud och resterande med andra typer av träning av personal eller anhöriga.

Att studier om läkemedel dominerar den forskning som utgör grunden för SBUs utvärderingar är inget SBU kan styra över. De tittar bara på den forskning som finns. De har inga egna anslag att lägga på forskning, däremot kan de identifiera viktiga kunskapsluckor som tips till andra forskare.

## Samtal

*Göran Rosenberg:* Idén med SBU:s utvärderingar låter bra, men det är ändå många som menar att bakom ligger en felaktig föreställning om hur doktorer resonerar när de fattar beslut i sitt arbete. Han hämtar argument ur *The New Yorker* där boken *How doctors think* är omnämnd: "Bakom vurmen för evidens finns en okunskap om den praktiska vårdens komplexa situation. Istället tycks man anse att doktorer är välprogrammerade robotar/ eller datorer som det gäller att få fungera inom en fastställd ram."

*Helena Dahlgren:* Information i de systematiska översikterna är alltid baserad på en gruppnivå, inte från en individuell nivå. Förutsättningen är att läkaren måste använda den vetenskapliga evidensen tillsammans med sin erfarenhet och sitt kliniska omdöme samt väga in patientens preferenser för att åstadkomma den bästa behandlingen för just den patienten.

*Göran Rosenberg:* Finns det inte en risk i pressade ekonomiska tider, och hälsovården är ekonomiskt pressad, att hålla sig till dessa systematiska översikter som domineras av studier om läkemedel men saknar evidens för andra typer av behandlingar?

*Helena Dahlgren:* Ja det är ett problem att det finns behandlingar som inte studerats, eller som det är svårt att studera. Jag tror det måste finnas mer resurser. När det gäller läkemedelsstudier drivs dessa oftast av företag med stora ekonomiska resurser, andra områden har inte dessa tillgångar och då är det ofta svårt att hitta forskningsmedel. Överhuvudtaget tycks det inte vara så attraktivt att bedriva klinisk patientnära forskning.

*Göran Rosenberg:* Kan SBU dirigera forskningsstöd?

*Helena Dahlgren:* Nej. De som vill göra studier får hitta stöd till forskning från andra instanser.

## **Med kritisk blick på systematiska analyser**

---

Hur objektiva är de systematiska sammanställningar över befintlig forskning så kallade *systematic reviews*? Docent Elisabet Stener-Victorin, legitimerad sjukgymnast och forskare vid institutionen för neurovetenskap och fysiologi vid Göteborgs universitet är skeptisk. Särskilt när det gäller översikter kring komplementära behandlingar.

På hennes institution undersöker de bland annat akupunktur och massage i studier av det kvinnliga metabola syndromet, alltså sjukdomar som har samband med övervikt och fetma. Som forskare inom akupunktur har hon haft anledning att intressera sig för andras vetenskapliga studier, inte minst systematiska sammanställningar som anses visa bästa tillgängliga evidens för att en metod ska användas i vården.

Hon exemplifierar med en studie av två systematiska översikter av akupunktur vid ryggsmärta.<sup>9</sup> I dessa har man undersökt hur två olika forskargrupper gått tillväga för att göra sina systematiska sammanställningar. Båda grupperna har tittat på samma vetenskapliga underlag, men de har använt olika kriterier för att bedöma studiernas resultat. Den ena gruppen har använt tre kriterier: positiv, neutral och negativ. Den andra gruppen bedömde resultaten som antingen positiva eller negativa.

– För samma studie kom de fram till helt olika slutsatser eftersom de använde olika kriterier. Man kan fråga sig vilken av dessa två systematiska sammanställningar som kliniker ska lita på, kommenterar Elisabet Stener-Victorin.

Vid analysen av de två översikterna visar det sig att dessa experter drog olika slutsatser om resultaten i så gott som samtliga utvalda studier! Ett av problemen är att de kriterier som finns för systematiska sammanställningar är utformade att passa inom läkemedelsforskningen. När metoder som exempelvis akupunktur utvärderas är inte kriterierna anpassade för denna typ av forskning vilket är en bidragande anledning till varierande resultat. Det är också en viktig tankeställare för alla som forskar inom komplementär och alternativ medicin, menar Elisabet Stener-Victorin. Denna jämförelse mellan två systematiska översikter visar på det komplexa arbetet med att forska. Det är också en viktig tankeställare för alla som forskar, menar hon.

En annan del av problemet är svårigheterna att jämföra olika studier eftersom forskarna inte tillräckligt tydligt redovisat sina egna forskningsmetoder. Utan insyn i alla de många beslut och handhavanden som sker under forskningsprocessen och som kan påverka slutresultatet finns alltid risken för felaktiga slutsatser. Men också för invändningar mot resultaten. Så länge det saknas enhetlig forskningsmetodik i alla led, finns alltid risken för olika tolkningar.

---

<sup>9</sup> Linde K and SN Willich, 2003. How objective are systematic reviews? Differences between reviews in complementary medicine. *J R Soc Med* 96: 17-22

## ***Patientens rätt att välja - möjlighet eller börda?***

---

Är det en frihet eller börda för patienten att kunna välja sin vård? Göran Rosenberg ställer frågan. Svaret kommer snabbt från forskaren Motzi Eklöf vid Tema Hälsa och Samhälle, Linköpings universitet. Patienten väntar inte på rätten att välja medicinskt system. Hon tog sig rätten för länge sedan. Redan på 1930-talet var patienterna medicinskt promiskuösa, de som hade råd hade valmöjligheter. Några reste till schweiziske läkaren Maximilian Bircher-Benners mottagning i Zürich. Långa väntetider var en orsak, men framförallt för att de sökte ett alternativ till sin skolmedicinska behandling, visar Motzi Eklöfs analys av patienternas motiv.

De reste inte främst för att de kände en gemensam kritik mot skolmedicinen, de sökte sig helt enkelt till en vård där de trodde att de skulle få hjälp. De brydde sig inte om akademiska betyg eller annan klinisk evidens än den personliga erfarenheten. De ville träffa en läkare de fick bra kontakt med, som stod för värderingar de delade. Bircher-Benner lärde sina patienter nödvändigheten att ta ansvar för sin egen hälsa. Han är känd som müsliens skapare, men också för att han ordinerade sina patienter att äta mycket råkost och frukt. Köttet erbjöd inte den bästa näringen ansåg han. I dessa tider då köttet ansågs vara den bästa maten, väckte hans lära protester. Till en början var han hånad av det medicinska etablissemanget, men så småningom blev Bircher-Benner respekterad för sin behandling.

De som söker efter fler behandlingsmöjligheter i Sverige idag kan vända sig till Vidarkliniken, landets enda sjukhus med en integrativ antroposofisk inriktning. Här arbetar legitimerad vårdpersonal som har en vidareutbildning i antroposofisk medicin. Maria Arman Rehnsfeldt, sjuksköterska och biträdande universitetslektor vid sektionen för omvårdnad, Karolinska Institutet har låtit 16 patienter som vårdats på sjukhuset berätta om sina upplevelser. Patienterna var imponerade av den antroposofiska medicinen, men att välja denna vård var inte oproblematiske. De var beroende av konventionell vård, men ville förvissa sig om att det inte fanns mer hjälp att få i ett annan medicinsk idévärld. De gick ifrån det välkända och etablerade in i en okänd slags hälsovård.

– Av de begrepp som patienterna väljer för att beskriva sina upplevelser framträder två begrepp: hemkänsla och annorlunda.

På ett vis är vistelsen på Vidarkliniken som att komma hem, de känner sig sedda som individer, de blir hjälpta men samtidigt är det annorlunda. I mötet med Vidarkliniken upplevde de gapet mellan skolmedicinen och den antroposofiska medicinen.

Det är en ny slags filosofi som de måste förhålla sig till: acceptera eller ej? Patienterna beskriver det som att de får vara brobyggare och översättare mellan de båda systemet.

### **Samtal**

*Göran Rosenberg:* Känner patienterna skuld mot sin vanliga doktor för att de väljer bort den konventionella medicinen.

*Maria Arman:* Inte skuld, men osäkerhet och ambivalens eftersom det inte finns någon kommunikation mellan de båda systemen.

## ***Vilken riktning tar framtiden?***

---

Under fyrtio år har sjuksköterskan Maj-Len Sundin verkat som ledare inom vården. Hon har arbetat i de flesta nordiska länder. Maj-Len Sundin har under åren haft en rad ledande ställningar som ansvarig för Ullevål universitetssjukhus, direktör för Aker universitetssjukhus i Oslo och sjukhusdirektör på Karolinska sjukhuset i Solna bland annat. Idag är hon VD på Vidarkliniken och adjungerad professor i omvårdnad på Högskolan i Oslo.

Hon har sett vården förändras. Det är hög tid att överge den materialistiska synen och värna de humanistiska värderingarna, tycker hon. För patienternas skull, men också för personalens.

– Det handlar om människosyn, säger hon enkelt.

Dagens medicinska paradig baseras på ett biologiskt vetenskapligt synsätt som utgår från ett tänkande om orsak och verkan. Genom den strikta vetenskapliga synen på människan offras helheten och tvingar ut den humanistiska synen på vad en människa är. Idag räcker det inte att ledaren är duktig inom sin profession, hon måste förstå vilka värden och regler som råder inom ekonomi, administration och politik samt ha ett stort fokus på medarbetarna. Ledaren står i en korsväg av krav från professionen och politik som alla kräver resultat, rapporter och ekonomiska analyser. Men för framtidens hälso- och sjukvård krävs förändring i förutsättningarna för både ledare och personal, är hennes slutsats.

– Min erfarenhet är att personalen lider under denna materialistiska syn på människan.

I det nuvarande tankesättet saknas insikter i vad som är viktigast för människan, nämligen: livets mening.

Det är ingen intellektuell fråga, utan en högst reell som vi alla måste förhålla oss till. Maj-Len Sundin, hänvisar till sociologen Aaron Antonovsky vars forskning visar att vår känsla av sammanhang visar oss vägen. Känslan av sammanhang och känslan av en högre mening är mycket betydelsefulla för att uppleva god hälsa. Vi får lust och ork om vi känner mening med det vi gör.

Morgondagens ledare står inför stora utmaningar. Organisationerna blir plattare med allt högre krav att svara an mot patienternas önskemål och krav. I detta scenario kommer förmågan att kommunicera med andra att bli central. Men denna förmåga förutsätter att ledaren förmår se in i sig själv, och bli medveten om sina tankar, sina känslor, sina värderingar. Att ha förmågan att reflektera.

Med plattare organisationer förväntas personalen bli mer självständig, mer innovativ, samtidigt som de måste samarbeta, vilket betyder att de måste handla självständigt och samspelt. Denna utveckling behöver ledaren möta genom att bli mindre kontrollerande och mer stöttande mot sin personal. Mer av en visionär coach som skapar mötesplatser och initierar multidisciplinära lösningar och stöttar flödet och relationer

Vårt sätt att se på människan, är också ett sätt att förstå oss själva och de andra, där vi hamnar i de grundläggande frågorna: Varifrån kommer jag? Vart ska jag gå? Vad är meningen med mitt liv och andras? Vad är en människa?

Maj-Len Sundins förhoppning är att den integrativa medicinen, som erkänner att människan inte bara har en kropp utan också en själ och ande, kan hjälpa till att besvara dessa frågor.

## Samtal

*Göran Rosenberg:* Vad är en människa? Det är ingen liten sak att handskas med för vården. Vilka är de meningsfulla alternativen för framtidens vård?

*Maj-Len Sundin:* För mig är det främst en etisk fråga. Allt som förolämpar de mänskliga värdena leder åt fel håll. Vilken riktning vi väljer handlar om vilken människosyn vi har

*Göran Rosenberg:* Jag tycker mig urskilja en press på sjukvården att göra både hälsosystem och patienter nöjda. En press på hälsovården att skapa så mycket förutsägelse som möjligt. Men blir det inte svårt att argumentera för integrativ medicin, med metoder som förutsätter att du ägnar patienten mycket tid?

*Maj-Len Sundin:* Det har inget med tid att göra. Det handlar om närvaro. Att vara där. Om jag är patient och en sjuksköterska kommer in till mig är det mer kvalitet om hon är medvetet närvarande där i tre minuter än där halvt närvarande under en timme. Det är i mötena mellan människor vården skapas.

*Torkel Falkenberg:* Integrativ medicin ägnar sig åt att skapa utvärderingssystem som tillfredsställer både hälsovården och patienterna. Därför är det viktigt att ha olika former av utvärderingssystem som gör både patienter och hälsovårdssystem nöjda. Medveten närvaro, eller mindfulness är ett bra exempel på en buddistisk tradition i kombination med modern Kognitiv Beteende terapi, KBT, det vill säga integrativ medicin. En randomiserad studie visar att mindfulness minskar depression jämfört med vanlig medicin. Som resultat fick rekommendationerna om lämplig behandling i England? skrivs om. Mer än en miljon dygnsdoser antidepressiva mediciner skrivs ut varje år, samtidigt som en del läkare argumenterar att det är för lite. En del av dessa patienter är kanske hjälpta med mindfulness? Det intressanta är att när dessa patienter besöktes efter två år, anser de sig vara friska. De tycks vara botade till skillnad från många av dem som använt antidepressiva läkemedel. Kanske finns den framtida möjligheten till innovationer med den integrerade medicinen?

*Göran Rosenberg:* Drivs sjukvården av en idé som lovar att ta bort alla livets villkor, åldrande, död, lidande? Att vården kan ta bort allt lidande?

*Maj-Len Sundin:* Vi lever med en föreställning att vi alltid ska vara unga och vackra. Men om vi slappnar av inser vi att detta är livet, sjukdom och döden är en del av livet.

*Vinjar Fønnebo:* Under en tid var vi berusade av utvecklingen. Stora medicinska framsteg har fått oss tro att vi kan bota allt och det är det budskap vi ger människorna. Kanske ska vi ta ett steg tillbaka och säga att den aspekten av ditt liv vill vi inte ta hand om. Den har vi inte lärt oss något om under medicinutbildningen. Gå till någon annan, till en

präst eller din mamma. Om flickvännen till min 23-åriga son gör slut med honom kan han gå till en doktor och få ett piller för sitt krossade hjärta. Men samtidigt är hjärtesorg en del av livet. Vi måste inse att hälso- och sjukvård har olika uppdrag. Vi kan inte slänga ut hela det gamla systemet, utan ska använda det med urskiljning.

*Helmut Kiene:* Jag vill knyta tillbaka frågan om vad en människa är. Spelar det någon roll vilken vår syn på människan är? Patienter som väljer komplementär medicin uppger att mycket av motivationen bakom deras val är att den står för något de gillar. Något de sympatiserar med. Många letar efter en annan syn på människan som mer än sin fysiska kropp. Det handlar om hållningen till vad som utgör en mänsklig varelse. Se som ett exempel på skillnaden hur läkemedel i skolmedicinen brukar benämnas. Det är blockere, stoppare, anti-det och anti- datt, målet är att stoppa och ta bort. Inom komplementär medicin är grundtanken att reglera och underlätta något som är naturligt, ett flöde. De som söker sig till komplementär medicin och integrativ medicin upplever behandlingen som en manifestation av synen på människan. Det spelar roll.

*Peter Andersson, läkare Vidarkliniken:* Vi kan inte bygga upp en hälsosam sjukvård om vi har en sjuklig bild av vad som är viktigt för mänskligheten. Eller varför vi är här. Tror jag att den viktigaste anledningen till att jag är född är för att jag ska föra mina gener vidare till nästa generation, eller tror jag att jag har en högre uppgift? Den viktigaste hälsovårdsfaktorn i världen är - kärlek. Varför går patienterna till alternativa vården? Jo för de är bättre på kärlek. Vi är inte bara fysiska kroppar utan det finns andra dimensioner och om vi tar in de dimensionerna i sjukvården blir vi mycket mer framgångsrika,

*Göran Rosenberg:* Vi är tillbaka där vi började: Att vi måste erövra medicinen från affärsaspekterna och återföra den till de mänskliga värderingarna, vilket inte alls behöver utesluta alla avancerade framsteg. För som någon sa, vi kan inte ha två sorters mediciner, en skolmedicin och en komplementär. Bara en - för hela människan.

## Workshop i Vadstena 30 maj, 2007

### ***Deltagare***

---

Initiativgruppen SFIM	se ovan
Talare från konferensen	se ovan
Christina Doctare	läkare och författare
Gunvor Eriksson	sjuusköterska och riksdagsledamot (mp)
Bo Freyschuss	överläkare och projektledare, SBU
Inger Frisk	vice ordförande, Vårdförbundet
Lena Lundgren	tf landstingsdirektör, Landstinget i Östergötland
Maja J Verhoef	professor, Universitetet i Calgary, Kanada
Bertil Wärne	överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset

## ***Häriifrån till framtiden - dialog om morgondagens medicin***

---

Andra dagen samlades en mindre skara deltagare, bestående av föredragshållare från första dagen samt beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, för att fortsätta dialogen i form av en workshop. Syftet var att fördjupa samtalet om hur idéerna inom integrativ medicin kan förbättra framtida hälsovård.

För alla som önskar sig en integrativ hälso- och sjukvård i framtiden är frågan om kommunikation viktig. Den är särskilt betydelsefull för att skapa en konstruktiv dialog mellan skolmedicinen och alternativa och komplementära behandlare. Den omfattar vårdens möte med patienten, samarbetet mellan olika vårdgivare och inte minst samtalen med beslutsfattare, myndigheter och politiker

Marja Verhoef, inledde andra dagens samtal med att försöka beskriva några av de viktiga frågorna inför framtiden. Hon valde kommunikation som ett av de särskilt intressanta ämnena att diskutera under andra dagens seminariedag. Hon är professor och forskningschef vid universitet i Calgary, Kanada och nu verksam i forskningsteamet vid NAFKAM, Tromsø.

Vart är hälso- och sjukvården på väg? Vad vill vi? Frågorna inför framtiden är många. Flera av dem förutsätter en fungerande kommunikation mellan alla inblandade parter.

En viktig pådrivande faktor för en förändring för integrativ medicin är patienten själv.

Dagens patient är väl påläst. Patienten har skaffat sig information om sina besvär och sjukdomar i media och hon har surfat på Internet. Men hur ska patienten värdera informationen? Vilken är väsentlig? Vilka källor kan man lita på? Vem i vården tar på sig ansvaret att vara den samarbetsparter och samtalspartner som patienten önskar sig?

### **Kunskap krävs för samtal med patienten**

I samtalet med den informerade patienten finns stort behov av att ha belägg för vilken behandling som är att föredra. Framförallt måste också läkare och sjuksköterskor känna till de många olika slags alternativa och komplementära behandlingar som patienten hittat.

I Kanada uppger 70 procent av befolkningen att de använder alternativ och komplementär medicin. Där arbetar myndigheterna medvetet för att genom regleringar och undersökningar av naturläkemedel öka och förbättra invånarnas kunskap. Marja Verhofen som själv varit involverad i detta arbete, säger att de som forskare och sakkunniga hela tiden haft stöd av politikerna.

Även i Tyskland har politikerna haft stor betydelse för att stötta de former av dialog och nätverk som växt fram mellan skolmedicin och komplementära behandlare. Det var politikerna som från början först talade om att skapa utrymme för en dialog.

Helmut Kiene som följt denna process, menar att det är naturligt med politikernas engagemang. I en demokrati är det politikernas uppgift att hålla en skyddande hand över landets minoriteter, i detta fall förespråkarna för komplementärmedicinen.

### **Ny hälsolag en väg till förändring?**

I Sverige finns också ett politiskt intresse för ett samarbete mellan skolmedicin och KAM, komplementär och alternativ medicin. Det har bland annat skett i Stockholms landsting där politikerna fört samtal för att skapa en policy för samarbetet. Men det har inte varit alldeles enkelt att skapa denna slags samarbetsform. En förklaring är kanske att det också finns en rädsla från politikerna att detaljstyra vilken behandlingsmetod som ska användas inom hälso- och sjukvården, påpekar Gunvor Eriksson, miljöpartiet.

Läkaren Christina Doctare som även är politiker har försökt att intressera sina läkarkollegor för integrativ medicin. Men för att läkarna ska vilja öka sin kunskap behöver de klara besked från politikerna om vilken inriktning vården ska ha, vilka värderingar och vilka mål som är viktiga i framtidens hälsovård.

En av anledningarna till att många läkare är skeptiska eller avvaktande till integrativ medicin och eller alternativa och komplementära metoder i Sverige beror på att Hälso- och sjukvårdslagen begränsar möjligheterna för att legitimerad sjukvårdspersonal ska kunna ge komplementära behandlingar. En möjlig väg är kanske att göra som i Norge och först ändra lagen som reglerar hälso- och sjukvården. Lagen kallas numer hälsolag. Sjukvårdspersonal får ge vissa behandlingar men vården kan också remittera sina patienter till specialutbildade akupunktörer och andra komplementära behandlare utanför sjukhuset. I den nya lagstiftningen betonar man samverkan, men med ordning och reda. Norska hälsodepartementet formulerar avsikten med den nya lagstiftningen med följande metafor: Man vill få upp alternativbehandlingarna ur de mörka källarna och vråna och ut i ljuset under mer ordnade former för att ta större hänsyn till patienternas valfrihet och säkerhet.

Motivet är helt enkelt att patienterna använder metoderna och då vill vården se till att det sker under säkra och ordnade former.

Vinjar Fønnebø, chef för det norska forskningscentrat NAFKAM, har varit med om hela den norska utvecklingen. Den har gått från skepsis och avståndstagande från läkare, politiker och andra beslutsfattare till dagens situation där den medicinska professionen, politiker och patienter är eniga: Vi vill ha en medicin som integrerar skolmedicin med alternativa och komplementära metoder; integrativ medicin.

En viktig vändpunkt var att välkända politiker öppet berättade om att de blivit hjälpta av komplementär medicin.

### **Nya idéer behöver stöd för att överleva**

Då var tanken, som idag kallas integrativ medicin, bara en liten skör planta. I Norge involverades forskningen om den alternativa och komplementära medicinen mitt den etablerade medicinen, som en avdelning på medicinkliniken vid universitetet i Tromsø. För att få sina kritiker med på spåret, valde Vinjar Fønnebø och hans kollegor dialogformen. Samtalen har pågått i många år. Men inte via offentliga konfrontationer, sådana riskerar bara att låsa ställningarna, utan viljan från NAFKAMs sida har hela tiden varit att hålla sig i mitten, att ha dialogen igång. Visionen är klar och bygger på respekt för det sammanhang man verkar i och öppenhet om vart man vill.

### **Framtiden behöver visioner**

Helmut Kiene instämde i hur viktigt det är att ha visioner. En kan bestå av ett framtids-scenario som speglar vad som händer om dagens sjukvård fortsätter att utvecklas utan annan styrning än dagens. Då är risken att det blir mer teknologi med en vurm för forskning om genteknologi. Men denna utveckling kan balanseras med en annan vision där de alternativa och komplementära metoderna är de främsta hörnstenarna. Denna vision skulle kunna grundas på humanistiska värden där betydelsen av att lyssna på patientens berättelse, utgör en del av ideologin.

Men politikerna måste veta att en utveckling kommer säkert. Den vision som vi redan är på väg mot styrs av en teknologisk syn på människan, den andra visionen däremot behöver politikernas stöd om den ska få en chans att utvecklas. För att få en god framtida sjukvård behöver vi båda modellerna, sammanfattade Helmut Kiene.

### **Informerade skeptiker hellre än okunniga**

Torkel Falkenberg hänvisade till Muir Greys forskning och artiklar kring evidensbase-rad hälsovård. Muir Grey har bland annat skrivit följande definition av modern hälsovård:<sup>10</sup>

*”Post-modern medicine, the current era, which while retaining the characteristics of modern medicine needs to take in account of and adapt to the following social concerns and trends:*

- *for many patients, the process of care is as important as the outcome;*
- *the process of care can influence the outcomes of care, not only with respect to patient satisfaction but also in terms of the patients state of health and effectiveness of treatment;*
- *modern medicine and complementary medicine can be used together in what Andrew Weil, the leading protagonist of this movement, has called ”integrative medicine”;*
- *the involvement of patients as partners in clinical decision-making, although it is important to be aware that different patient will require different degrees of involvement and;*
- *that patients are more concerned about the risks of modern medicine than the medical establishment which until now, has emphasized the benefits.”*

Det handlar alltså om en hälsovård som ökar betydelsen av *care* och *cure*, omvårdnad och botande. Många patienter lider av kroniska sjukdomar, för vilka det inte finns någon bot, istället behöver vården kunna erbjuda så gott omhändertagande och lindring av symtomen som möjligt. Många av delarna i integrativ medicin utförs av sjuksköterskor

---

<sup>10</sup> JA Muir Gray. 2001. Evidence-based Healthcare. How to make health policy and management decisions. Churchill Livingstone. ISBN 04-4306-288-9

som har omvårdnad som sitt uppdrag. Om vården blir det centrala kanske diskussionsklimatet kan förändras?

Men det behövs en viss kunskapsnivå bland de inblandade parterna för att debatten ska utvecklas och en förändring ska ske. Mycket av debatten i Sverige står idag mellan oinformerade skeptiker och okritiska entusiaster.

Det behövs fler informerade skeptiker och kritiska entusiaster för att föra debatten framåt, säger Torkel Falkenberg.

### **Skapa helande miljöer**

Om diskussionen kan handla om att skapa optimala villkor för helande finns en möjlighet att komma ur alla medicinska kottier, menar psykologen och forskaren Harald Walach. Ett exempel på en modell är forskningen vid *The Samuelli Institute*, som strävar efter att skapa *Optimal Healing Environment (OHE)*, en optimalt helande miljö.<sup>11</sup>

Där undersöker man vad som kan göras för att omsätta de senaste forskningsresultaten om vad som stimulerar patientens läkning till praktiken i vården. I den amerikanska sjukvården finns många goda exempel på enskilda initiativ för att skapa en läkande miljö. Syftet vid *The Samuelli Institute* är att samla alla dessa projekt i en kunskapsbank, inte minst för att jämföra hur de definierar hälsa och hur de olika forskningsprojekten mäter framgången med förändringarna. Målet är att på sikt formulera en nationell standard för optimalt helande miljö. Genom att skapa en miljö som på alla sätt är helande, skulle vården kunna bli mer kostnadseffektiv, eftersom vårdpersonalen får stöd i att göra det som är deras uppgift, nämligen att skänka vård som leder till helande.

### **Försäkringsbolag intresserade**

I Tyskland finns en liknande utveckling mot mer integrativ vård. De privata försäkringsbolagen vet att befolkningen, det vill säga deras kunder, vill ha KAM. Eftersom bolagen konkurrerar med varandra är de villiga att lägga pengar på studier som öppnar dörren för fler komplementära metoder i vården.

Torkel Falkenberg tror att denna utveckling går lättare i samhällen där sjukvården är privat finansierad. Deras konkurrensförhållande tvingar dem att utvecklas och omformera sig på ett sätt som Sverige, med sin offentligt finansierade vård inte behöver.

Det räcker inte att försäkringsbolagen agerar annorlunda. Om medicinen ska förändras måste utbildningen också förändras, påpekar Dieter Melchart.

Honom har det tagit tjugo år av hårt arbete för att lyckas skapa det nätverk och samarbete mellan forskare på de medicinska fakulteterna och primärvårdens läkare som nu finns i Tyskland.

---

<sup>11</sup> [www.siib.org/research/research-home/optimal-healing.html](http://www.siib.org/research/research-home/optimal-healing.html)

### **Måste involvera hela samhället**

Egentligen spelar det ingen roll om den framtida vården, kallas integrativ vård eller medicin, invände Vinjar Fønnebø. Se det hellre som en pragmatisk process. Han gillar det svenska ordet sjukvård. I Norge heter det hälsovård. Men hälsa skapas i livet utanför sjukhuset.

Idag är det välkänt att det är de socioekonomiska förutsättningarna, som arbete, bostad, livsstil och miljö som avgör människors hälsa och dessa förutsättningar är det politiker- nas ansvar att ordna. Vården av sjuka är det däremot vårdens eller medicinens uppgift att ta hand om.

Därför, menar Vinjar Fønnebø måste vi se över hela systemet. Nu har vi fokus på redskapen, behandlingarna och metoderna, men vi måste ta med allt som ingår och som vårdens personal verkar inom.

Motzi Eklöf, som ägnat mycket av sin forskning åt etik, föreslår att samtalet om den framtida medicinska utvecklingen också kan börja från en annan vinkel. Nämligen en där professionen analyserar sitt etiska förhållande till patienten. Det skulle kunna innebära att man utgår från att uppgiften handlar om att lyssna på vad patienten önskar. I denna strävan behöver Sverige hitta sin modell av integrativ medicin. En ny typ av medicin där det finns utrymme för en mångfald av medicinska idéer att leva sida vid sida i en pluralistisk parallellitet.

### **Patientens val borde styra**

Hur kan framtidens medicin se ut? Lena Lundgren, tf landstingsdirektör vid Landstinget i Östergötland, sammanfattar dagsläget med att patienterna inte gillar vad de får; nämligen i hög grad läkemedel. I deras missnöje finns också potentialen till en samhälls- förändring. Ge dem vad de vill ha: de vill ha samtal och hjälp till livsstilsförändringar. Hon tror att det både behövs assimilation, att den vanliga hälso- och sjukvården plockar in de delar av KAM som visat sig vara effektiva och säkra. Men också att man ser över hur patienterna tas om hand i dag: Hur bemöts de i vården? Hur vi ska förebygga? Hur kan vi lyssna bättre på patientens egen vilja? Patientens eget val borde ge grund för ett maktskifte i vården.

Uttalandet föder genast nya funderingar kring vilken syn som medicinen och vårdens professionella utövare har. Längre har begreppet *compliance* styrt. *Compliance*, det vill säga följsamhet. Ett begrepp som utgår från att patienten ska följa doktors råd. Att patienterna i många fall inte gör det har självklart skapat problem och har länge varit föremål för forskning och utredningar. Patienter som inte följer läkarens råd riskerar att förvärra sitt tillstånd. Hur ska de lära sig att göra som vad de sakkunniga säger?

Parallellt med framväxten av integrativ medicin har också begreppet *concordance*, det vill säga samsyn väckt intresse. Hur kan ett samtal skapas där patient och läkare/behandlare diskuterar sig fram till en samsyn om behandling? En samsyn som innebär att patienten säger: Detta vill jag. Detta är jag beredd att göra. Och där professionen accepterar valet, även om det innebär att patienten väljer bort det förslag hon får av läkaren?

Viljan till samsyn leder också in tankarna på skiftet från patogenetiskt till salutogene- tiskt synsätt, där patientens hälsa snarare än hennes sjukdom kommer i fokus. Men ett

salutogent synsätt är inte alldeles enkelt att införa. Budgetåret är kort. Oftast hinner man inte se effekterna, vilket gör det svårt att följa upp vad skiftet i hållning innebär.

### **Riskerar bli av med legitimation**

Frågan om ett systemskifte, mot ett mer salutogent synsätt som inkluderar komplementära metoder är ingen lätt ekvation, påpekar Torkel Falkenberg. Så som lagen om Hälso- och sjukvård är formulerad idag riskerar läkare som använder alternativa eller komplementära metoder att bli anmälda och bli av med sin legitimation.

Bertil Wärne är överläkare på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Han är väl medveten om risken. När han och kollegorna startade sin avdelning på Högsbo sjukhus baserad på integrativ medicin var det självklart med komplementära metoder, som tuina, akupunktur och qigong för smärtpatienterna. De fick stöd från sjukhusets högsta ledning. Avdelningen, med sina komplementära metoder är idag etablerad och en accepterad del av det medicinska landskapet. En viktig del av acceptansen bygger på att de följer sina respektive professioners regleringar och krav på exempelvis dokumentation, därför är inte heller risken så stor att de skulle bli utsatt för kritik från Socialstyrelsen.

I pausen nämner Thomas Schneider att en förändring mot mer integrativ medicin och vård förmodligen kommer vad som än beslutas av politikerna. Socialstyrelsen utfärdade förra året fler legitimationer till läkare med utländsk utbildning än med svensk utbildning. Dessa nya läkare kommer med erfarenhet från andra länder, där det finns andra medicinska system. De har ofta en större öppenhet för den integrativa modellen och deras inställning kommer på sikt att påverka det medicinska landskapet i Sverige.

### **SBU värderar RCT allra högst**

På eftermiddagen är det dags att syna forskningen igen. Bo Freyschuss, överläkare och projektledare på SBU håller med om att grupper av patienter inte får bra vård och att kraven på evidens kanske är för strikt ibland. De vanliga kraven på hur studier ska utföras, det vill säga med randomiserade och "blindade" kliniska försök, RCTs, gäller för de flesta områden. Utom för kirurgi. För att bli accepterad i det medicinska samhället måste det vara studier med denna modell, menar han. Anledningen till att man är mindre strikt i sina krav inom kirurgin är att man inte kan skapa studier där varken patient eller läkare vet vem som opereras, det går ofta inte att "blinda" mot ingen behandling. SBUs hållning står fast: Den som ska göra en studie ska använda den klassiska randomiserade kliniska studien med försök och kontrollgrupp. En läkemedelsstudie utan kontrollgrupp räknas inte.

Återigen glider samtalet in på det som är den stora skiljelinjen mellan skolmedicinen och den integrativa medicinen, nämligen synen på randomiserade kliniska studier som den allena rådande modellen och å andra sidan KAM förespråkares argument att behandlingsmetodens teoretiska bas borde vara vägledande för vilken vetenskaplig modell man väljer. Någon förespråkar en blandning av kvalitativa och kvantitativa forskningsmodeller för att fånga up både specifika och icke-specifika faktorer som föreslås t.ex av

*Complementary and Integrated Medicine Research Unit, University of Southampton*<sup>12</sup>. Denna mix kommer att öka evidensen för KAM, genom att man tar med andra faktorer i beräkningen, som den terapeutiska kontexten och meningen likaväl som de hälsoekonomiska vinsterna med särskilda interventioner.

– Varför ska man välja bort undersökningar som kan visa på något intressant? frågar Helmut Kiene och berättar om en studie där man använt antroposofisk medicin för patienter med öroninflammation. För den som vill införa ett nytt läkemedel finns ett bestämt forskningsschema att hålla sig till, men när det gäller en ny behandlingsform saknas något liknande. I en tysk studie jämfördes patienter som valt antroposofisk medicin med patienter som fick vanlig behandling. Hypotesen var att läkningen gick snabbare i antroposofisk medicin. Patienterna anmälde sig frivilligt. Patienterna var alltså inte lottrade till den ena eller andra gruppen, inte heller var någon okunnig om vilken metod man valt, vilket annars är bruklig metod.

Vinjar Fønneboø tycker att exemplet är bra då det tydligt visar att olika forskningsmetoder kan användas för att besvara olika frågor. Med ett vanligt randomiserat kliniskt försök kan man få svaret på frågan: Fungerar metoden? Men har man en annan fråga, som: fungerar antroposofisk medicin på öra, näsa och halssjukdom på patienter som själva valt metoden, då ges ett relevant svar med denna metod.

Det är också viktigt att väga in biverkningar i analysen av en ny behandlingsmodell. Ger den vanliga läkemedelsbehandlingen biverkningar, medan den antroposofiska behandlingsmodellen inte ger det, men också har effekt, är det en behandlingsmodell som patienten måste ha rätt att välja.

För vilken patient bryr sig om vetenskapliga bevis? Hon vill ha en behandling som passar just henne. Hon vill ha den bästa terapeuten som använder den bästa metoden för henne, argumenterar Vinjar Fønneboø. Därför är säkerhetsaspekten självklart den viktigaste att utreda, men då måste också biverkningar med oavsett vilken behandling det är frågan om, skolmedicinsk eller KAM.

Bo Freyschuss håller med om att evidens så som det benämns är smalt. Utgångsläget är att ett nytt läkemedel räknas som tillräckligt bra om det gör mer bra än det gör illa.

En annan invändning från Helmut Kiene är att de flesta alternativa eller komplementära behandlare inte har råd att göra randomiserade kliniska försök. Därför bör det också finnas andra utvärderingsmetoder.

### **Vilket är medicinens uppdrag?**

Samtalet växlar över till ett annat ämne. Göran Rosenberg inleder med att fråga vad som är medicinens uppdrag.

Det viktigaste är det personliga mötet mellan personal och patient, menar Ingrid Frisk, vice ordförande i Vårdförbundet. Alla resultat som leder till läkning uppstår i ett möte och de relationer som skapas i detta möte. Vårdpersonalen behöver ha förmågan att

---

<sup>12</sup> [www.cam-research-group.co.uk](http://www.cam-research-group.co.uk)

möta patienten där denne befinner sig och använda sin professionella kunskap för att finna vad den andra behöver.

Men beskrivningen att medicinen handlar om relationer värjer sig Vinjar Fønnebø inför. Han ifrågasätter om det är medicinens uppdrag att ägna sig åt att möta människors behov av relationer. Vinjar målar upp en stor rektangel. Inuti den stora gör han en mycket mindre, kanske en sjättedel av den stora. I den stora skriver han relationer. I den lilla skriver han akutvård. För honom är det ingen tvekan att det är akutvården som sjukvården ska i ska ägna sig åt. Om det är relationer som behövs får de gå till någon annan.

Kanske kan man istället skriva salutogent perspektiv i den stora och patogent i den lilla rutan, föreslår Torkel Falkenberg. Båda behövs för att ge den sjukvård vi vill ha.

Som politiker är det svårt att veta vad som är rätt, men det är helt klart lättare att få pengar avsatta till den lilla boxen där det handlar om liv eller död. Problemet är att det är svårt att bevisa nyttan med det salutogenetiska perspektivet, påpekar Gunvor Eriksson.

Ja, frågar sig Göran Rosenberg: Hur kan man få in människans behov av relationer som en tung faktor vid sidan av ekonomiska?

Det behövs inte, invänder Vinjar, alla vet att relationer (icke-specifik effekt) är viktiga saker att kontrollera för dem som gör en studie. Då beskrivs det som något som man ska räkna bort "som om det inte har betydelse". Men han ifrågasätter om sjukvården ska ta ansvar för människors existentiella problem.

Frågan är om den grundläggande frågan om vår existens och vad vi finns till för går att bortse ifrån i en så relationstät värld som vården är.

Thomas Schneider, en av arrangörerna till konferensen, berättar att på Vidarkliniken påpekar många patienter: "*Här blir jag sedd som människa.*" De betonar att detta har stor betydelse för hur de mår, för hur de hanterar hela läkeprocessen. Kanske är det som läkaren Per Andersson sa vid första dagens slut: Kärlek är den största hälsovårdande faktorn. Då vore det väl kortsiktigt att inte ta med betydelsen av mötet mellan människa och människa i vården.

Anna Kullberg, Torkel Falkenberg, Thomas Schneider och Wolfgang Doerfler som samlat alla till två dagars samtal lovar att stimulera till fortsatt dialog om framtidens medicin. En integrativ medicin som balanserar naturvetenskapens krav på mätbar utvärdering med humanioras värdering av patienternas upplevelser, känslor och tankar. SFIMs representanter har efter konferensen och workshopen summerat upp båda dagarnas möten, utvärderat deltagarnas reflektioner och dragit slutsatsen att det finns ett genuint behov av en fortsatt, strukturerad och öppen dialog om integrativmedicinens roll i framtidens svenska hälso- sjukvård. SFIMs bidrag är primärt att inbjuda de olika aktörerna inom hälso- och sjukvårdssektorn - professioner, myndigheter, politiker och organisationer - till att öppet dela kunskap, erfarenheter, och idéer för att möjligtvis kunna utveckla en gemensam vision om en ny hälso- och sjukvård. En hälso- och sjukvård där integrativ medicin kan vara en länk mellan traditionell vetenskap och en av beprövad erfarenhet styrd sjukvård och en patientfokuserad humanistiskt orienterad vård.

## Bilaga - Deltagare i konferensen, 29 maj 2007

- Nina Agerhall, Kvinnokliniken Motala  
Mona Ahlberg,  
Kungsgatans vårdcentral Linköping  
Inga Andersson, Karlstads Universitet  
Susanne Andersson, Karolinska Institutet  
Peter Andersson, Vidarkliniken  
Lena-Maj Anding,  
Stockholms läns landsting (mp)  
Karin Andrae,  
Barn & Allergimottagningen Norrköping  
Sven Andrae,  
Barn & Allergimottagningen Norrköping  
Elin Andrae-Karlsson,  
Barn & Allergimottagningen Norrköping  
Svetlana Anguelova,  
Sahlgrenska universitetssjukhuset  
Maria Arman Rehnsfeldt, Karolinska Institutet  
Terese Armeryd,  
Jan Arvidsson, Svenska Naprapatförbundet  
Carita Aröd, Beroendekliniken  
Anne-Christine Bedoire,  
Landstinget i Östergötland  
Finn Bengtsson, Sveriges Riksdag (m)  
Ulrika Berglind, Hälsouniversitetet i Linköping  
Marie Bergqvist, Branschrådet Svensk Massage  
Darja Bertling, Landstinget i Östergötland  
Lars Björndahl,  
Skandinaviska Kiropraktorhögskolan  
Wolfgang Bohnhorst, Vidarkliniken  
Jan Brandinger, Vårdcentralen i Österbymo  
Monika Broman, Landstinget i Östergötland  
Kärstin Byström,  
Sahlgrenska universitetssjukhuset  
Pia Carlson, Reportagebörsen  
Helena Dahlgren, SBU  
Helene Dahlqvist, Landstinget Västernorrland  
Per Dahlström, Svenska läkarförening för kom-  
plementärmedicin  
Juli Davis, Sahlgrenska universitetssjukhuset  
Christina Doctare,  
Centrum för Kultur och Hälsa Göteborg  
Wolfgang Doerfler, Landstinget i Östergötland,  
Motala lasarett  
Dana Saba Doerfler, TaoHälsa  
Boris Dragin, Svenska Akupunkturförbundet  
Anita Döragríp,  
Motzi Eklöf, Linköpings Universitet  
Gunvor G Ericson, Sveriges Riksdag (mp)  
Eva Fahlgren, Rehab Öst Hageby VC  
Tony Falk, Sahlgrenska universitetssjukhuset  
Torkel Falkenberg, Karolinska Institutet  
David Finer, Karolinska Institutet  
Ursula Flatters, Vidarkliniken  
Anders Franck, Göteborgs Universitet  
Åsa Fransen-Salminen, Kvinnokliniken Motala  
Jessica Frisk, Hälsouniversitetet Linköping  
Ingrid Frisk, Vårdförbundet  
Christina Fritshammar, Föreningen Solåkraby  
Vinjar Fønnebo, University Tromsø  
Marie Garbrand, Vidarkliniken  
Carina Gavelin, Svenska Akupunkturförbundet  
Katarina Georgsson,  
Ann-Charlotte Grahn Kronhed, Rehab Väst  
Anders Grönqvist,  
Kiropraktiska Föreningen i Sverige  
Irma Görtz, Landstinget i Östergötland  
Majbritt Haldemar, AB Haldemar Fysioterapi  
Ulla Hall, bild & praktik  
Ami Hallin, Ami's Akupunktur  
Yvonne Halling, Länssjukhuset Kalmar  
Uwe Hallmann, Örebro Rehabcenter  
Elisabet Hallmann, Örebro Rehabcenter  
Inger Hallqvist Lindvall,  
Stockholms läns landsting (mp)  
Mats Hammar, Hälsouniversitet Linköping  
Anne-Sofie Hammarqvist, Vidarkliniken  
Elisabeth K F Hamrin, Linköpings Universitet  
Anne Ingeborg Haugholt, Vidarkliniken  
Kristina Hellberg,  
Hälsouniversitetet i Linköping  
Gunilla Hillerbrand Nilsson,  
Universitetssjukhuset Linköping  
Riitta Hofren-Larsson, Karolinska Institutet  
Kristian Holmberg, Vidarkliniken  
Johanna Hök, Karolinska Institutet  
Peter Höök, Axelsons Gymnastiska Institut  
Ingrid Ihlenius, Volvo Lastvagnar AB  
Ingela Jacobsson, Landstinget i Östergötland  
Åsa Jakobsson,  
Vuxenpsykiatriska kliniken Norrköping  
Johan Jansson, Innovum Friskvård  
Gun Jareblad, Landstinget i Östergötland  
Dennis Johansson,  
Kiropraktiska Föreningen i Sverige  
Elisabeth Johansson,  
Svenska Akupunkturförbundet  
Minna Jonsson,  
Föreningen Tunabergs gruppboende  
Dagny Jonsson, Vidarkliniken  
Caroline-Olivia Jung, Stockholms Universitet  
Helmut Kiene, Inst. Applied Epistemology &  
Medical Methodology, Germany  
Gunver S. Kienle, Inst. Applied Epistemology  
& Medical Methodology, Germany

Katarina Koerfer,  
     Kungsgatans vårdcentral Linköping  
 Anna Kullberg, Landstinget i Östergötland  
 Gunvor Kullgren, Karlstads Universitet  
 Agneta Kuni, Vidarkliniken  
 Gabriella Källström,  
     Hälsouniversitetet i Linköping  
 Weine Lannsjö, Dalens sjukhus  
 Gunilla Larsen, Linköpings Universitet  
 Marie Levin, Stockholms läns landsting  
 Karin Lilje, Vidarkliniken  
 Leili Lind, Hälsans nya verktyg  
 Eva-Britt Lind,  
     Universitetssjukhuset Linköping  
 Maria Lindblom, Västerbottens läns landsting  
 Anders Lindeberg,  
     Skandinaviska Kiropraktorhögskolan  
 Karin Lindeberg, Vidarkliniken  
 Susanne Lindén, Föreningen Solåkraby  
 Agneta Linghag, Landstinget i Östergötland  
 Georg Lohse, Örebro läns landsting, CAMTÖ  
 Annette Lundborg, Pegelin HB  
 Helena Lundgren, Cratz Fysioterapi  
 Elena Malmefeldt,  
 Iris Mann, Föreningen Solåkraby  
 Birger Mattsson, Västerbottens läns landsting  
 Sven Meenen, Vidarkliniken  
 Dieter Melchart, Technical University Munich  
 John Murphy, Rafaelstiftelsen för Läkeerytmi  
 Agneta Niklasson, Landstinget i Östergötland  
 Katarina Nilsson,  
     Sahlgrenska universitetssjukhuset  
 Håkan Nilsson, Länssjukhuset Kalmar  
 Susanne Nordling,  
     Stockholms läns landsting (mp)  
 Inga Ohrt,  
 Ann-Catrin Olofsson,  
     Västerbottens läns landsting  
 Lajla Olsson, Stockholms läns landsting  
 Catarina Olsson, Vårdcentralen Åtvidaberg  
 Susanne Palloff, Hageby Vårdcentral  
 Agneta Palm,  
     Vuxenpsykiatriska kliniken Norrköping  
 Gabriella Palmell,  
     Sahlgrenska universitetssjukhuset  
 Marina Papazian,  
     Kroppsterapeuternas Yrkesförbund  
 Ingrid Persson, Linköpings Universitet  
 Urban Pettersson, BUP Motala  
 Lasse Pettersson, Landstinget i Östergötland

Barbro Philipsson,  
     Vuxenpsykiatriska kliniken Norrköping  
 Aleksandra Pihlquist,  
     Sahlgrenska universitetssjukhuset  
 Mikael Rahmqvist, Linköpings Universitet  
 Göran Rosenberg,  
 Alyssia Rydin,  
     Kommittén för Alternativ Medicin  
 Kersti Samuelsson, Landstinget i Östergötland  
 Ola Schenström, Norrbottens läns landsting  
 Thomas Schneider, Vidarkliniken  
 Jane Schwab, Vidarkliniken  
 Regina Schwartz, Vidarkliniken  
 Stefano Selvani, Vidarkliniken  
 Eva Skillgate, Karolinska Institutet  
 Ana Maria Solari, Flyktingmedicinskt Centrum  
 Elisabet Stener-Victorin,  
     Göteborgs Universitet  
 Karolina Strid, Landstinget i Östergötland  
 Tobias Sundberg, Karolinska Institutet  
 Ingegerd Sundberg Estefors,  
     Västerbottens läns landsting  
 Maj-Len Sundin, Vidarkliniken  
 Claes Tollin, Socialstyrelsen  
 Ann Touré, Region Skåne (mp)  
 Annica Ulfung Moberg,  
 Barbro Waara, Landstinget i Östergötland,  
     Rörelse & Hälsa  
 Kerstin Wahlund, Oral Rehab/Folktandvården  
 Harald Walach, University of Northampton  
 Margaretha van der Ende, Vidarkliniken  
 Lena Weimers, Vidarkliniken  
 Marja J. Verhoef, University of Calgary  
 Ursula Werneke,  
     Vuxenpsykiatriska kliniken Norrköping  
 Angelika Wijesinghe, Akupunkturkliniken  
 Angelika Wijesinghe, Akupunkturkliniken  
 Malin Visell, Universitetssjukhuset Linköping  
 Rotraut Wittig, Vidarkliniken  
 Kathrin Wode, Vidarkliniken  
 Christina von Bergen, Ledarskap i Tiden AB  
 Björn von Schoultz, Weleda AB  
 Bertil Wosk, Holistic  
 Bertil Wärne, Sahlgrenska universitetssjukhuset  
 Kenneth Öberg, Västerbottens läns landsting  
 Ingegerd Öhberg, Västerbottens läns landsting  
 Anders Österberg, Landstinget i Östergötland,  
     Motala lasarett  
 Gunilla Östergren, Vidarkliniken



**Ett forum för personer och organisationer,  
vårdgivare, forskare, politiker och myndigheter  
med syftet att främja en fruktbar dialog  
om integrativ medicin i svensk  
hälso- och sjukvård.**

**[www.sfim.se](http://www.sfim.se)**