

# Integrativ hälso- och sjukvård i ett globalt perspektiv

Torkel Falkenberg

Torkel Falkenberg, Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Sektionen för omvårdnad, Enheten för studier av integrativ vård, Huddinge. E-post: torkel.falkenberg@ki.se.

Hälso- och sjukvården ställs inför utmaningar med en åldrande befolkning, kroniska multifaktoriella sjukdomar och mental ohälsa, där vi idag saknar god kunskap om hur vi på bästa sätt behandlar och resurssätter samhället för att klara dessa utmaningar. Världshälsoorganisationen (WHO) menar i sin *Traditional Medicine Strategy 2014-2023* att världens länder behöver mobilisera alla goda krafter i samverkan och pekar på den potentialitet som den informella hälso- och sjukvårdssektorn utgör. Motion, kost, massage, akupunktur och mindfulness-baserad kognitiv terapi är några exempel som seglat upp på senare år som möjliga inslag i behandlingen av vissa kroniska sjukdomstillstånd. Sådana komplement är ofta relativt biverkningsfria och kan bidra till en ökad ekonomisk och social hållbarhet, och en sådan ambition, med det bästa från två världar utgör grunden för området integrativ hälso- och sjukvård, som självklart skall vara säker och effektiv och där pragmatiska kliniska prövningar kan bidra till evidensinformerat beslutsfattande.

Globally, health care increasingly faces challenges of an aging population, chronic multifactorial diseases and mental health problems. Currently, we lack good knowledge about how best to treat and allocate resources to meet these challenges. The World Health Organization (WHO) in their *Traditional Medicine Strategy 2014-2023* argue that countries need to mobilize all positive forces in cooperation, and point to the potentiality of also including the informal health sector in this ambition. Exercise, diet, massage, acupuncture and mindfulness-based cognitive therapy are some examples that have emerged in recent years as possible elements in the treatment of certain chronic medical conditions. Such complementary strategies are often relatively free of side effects and can contribute to greater economic and social sustainability. The ambition to utilize “the best of both worlds” is the basis of the field of integrative health care, which of course must be safe and effective, and where results from pragmatic clinical trials can contribute to evidence-informed decision making.

Den nyligen bortgångne folkhälsoprofessorn Hans Rosling som jag hade förmånen att samarbeta med under många år, är känd för sin edutainmentsatsning på den otvetydiga korrelationen mellan bättre levnadsförhållanden, tillgång till hälso- och sjukvård, demokratisering och utbildning å ena sidan och minskad barndödlighet, längre medellivslängd och minskad befolkningstillväxt å andra sidan. Men mindre känt är att denna positiva utveckling verkar korrelera till framväxten av nya problem som till exempel mental ohälsa och multifaktoriella kroniska sjukdomar.

Hälso- och sjukvården ställs således inför utmaningar där vi idag saknar god kunskap om hur vi på bästa sätt behandlar och resurssätter samhället i stort för att klara dessa komplexa utmaningar. Världshälsoorganisationen (WHO) menar att för att klara av morgondagens hälso- och sjukvård så behöver världens länder mobilisera alla goda krafter i samverkan och här pekar man också på den potentialitet som den informella hälso- och sjukvårdssektorn utgör. Man går så långt att man förordar samarbete över professionsgränserna och menar att alla måste hjälpa till i ett gemensamt hälso- och sjukvårdsarbete och att detta skall vara tillgängligt för alla medborgare genom ett *universal health coverage*<sup>1</sup>.

Hur kan detta ens vara möjligt kan man fråga sig givet att hälso- och sjukvården är ett så pass komplicerat område, där både den bästa evidensen och patientens preferenser skall sättas i centrum. Där vetenskap och läkekonst skall integreras på ett säkert, effektivt och individualiserat sätt

till en rimlig kostnad. Och nu menar alltså WHO att också den informella sektorn skall utbildas, kvalitetssäkras, evidensbaseras och rekryteras in i denna balansakt?

Informellt vårdgivande inkluderar komplementär- och alternativmedicin (KAM) som alltid varit ett kontroversiellt område, också eftersom det per definition företräder något skilt från den konventionella medicinen. KAM definieras mestadels helt i relation till konventionell medicin, och inte på sina egna meriter som eventuell grund för att miljontals människor söker sig dit världen över. Begreppet KAM definierar implicit också den formella och konventionella medicinen, med betydelsen att det är företrädesvis den hälso- och sjukvård människor använder sig av när de är sjuka.

Detta avgränsade och konstruerade förhållningssätt stämmer oftast dåligt med medborgarnas hälso- och sjukvårdssökande (*health seeking behaviour*). Snarare har stora delar av befolkningen alltid "blandat" KAM och konventionell vård ur ett individualiserat perspektiv, på gott och ont, i sin strävan att genom egenvård hantera egna åkommor, sjukdomar eller biverkningar i samband med konventionell vård. Den tveksamhet som en del känner inför detta har sitt ursprung i den legitima oron att användning av KAM vid mer allvarliga sjukdomar, utan tillräcklig kunskap, kan äventyra patientsäkerheten, ibland med fatala följder<sup>2</sup>.

Den kände placeboforskaren vid Harvard, Ted Kaptchuk menar att det är dags att "*move beyond the distinctions of conventional and complementary health care*

*as models opposite to each other*” och istället anamma en pluralistisk modell där olika hälsoprofessioner samexisterar och samarbetar, och tillerkänner och accepterar varandras skillnader, fördelar och tillkortakommanden<sup>3</sup>.

Flera författare i föreliggande temanummer berör detta fenomen på olika sätt. Det är inte svårt att förstå behovet av gränsdragningar och vad som skall inkluderas i hälso- och sjukvården, men det är viktigt att poängtera att här gör länder olika legala gränsdragningar beroende på olika faktorer, och att vad som betraktas som KAM i ett land kan skilja sig från ett annat, också över tid, vilket Eklöf belyser i sitt bidrag.

I det EU-finansierade CAMbrella projektet samarbetade 16 akademiska institutioner i 12 europeiska länder kring hur man bäst kan beskriva KAM användning och reglering bland de Europeiska länderna med syftet att utveckla en forskningsstrategi för Europa<sup>4</sup>. Det treåriga projektets mest iögonfallande resultat var den oerhörda variationen mellan de europeiska länderna när det gäller hur lagar och förordningar utformats kring olika KAM-terapi och -utövare och hur vanligt användandet av KAM var<sup>5</sup>. Sådana fynd illustrerar hur varierat och individualiserat KAM-användandet i verkligheten är och att faktorer som utbildning, inkomst och kön påverkar graden och typ av användande. Gränsdragningar skiljer sig ofta åt beroende på vem som drar gränsen; vårdtagaren, vårdgivaren, forskaren, lagstiftaren/regleraren/tjänstemannen, politikern och även mellan nationer och kontinenter. Man

ser på KAM på olika sätt, och väljer inte sällan att strategiskt poängtera möjligheter och omöjligheter som tjänar det egna perspektivet bäst.

Varför denna tävlan mellan uttolkarna? Jo, ett viktigt svar berör det faktum att hälso- och sjukvård med läkare och läkemedel i spetsen, är ett av de mest angelägna och prestigefyllda affärsområden i världen. Det kan vara självklart för en tidigare farmakolog som jag själv, men det kan vara värt att poängtera, att effektiva syntetiska läkemedel har revolutionerat vår hälso- och sjukvård och är en bidragande orsak till avsevärt förbättrad hälsa världen över. Och kommer så fortsätta att vara. Beslutsfattare, vårdgivare och vårdtagare världen över ställer mycket av sitt hopp till gedigna prövningar av nya läkemedel mot exempelvis cancer, neurodegenerativa sjukdomar, multiresistenta bakterier och malaria. Det är inte för inte som läkemedelsbranchen är så pass lukrativ eftersom efterfrågan är stor och väsentlig för folkhälsan. Men samtidigt är en stor del av inläggningarna på sjukhus vårdskaderelaterade och läkemedelsbiverkningar är en del av förklaringen, vilket understryker viktigen av att prioritera icke-invasiva metoder i första hand, där så är möjligt. Motion, kostomläggning, taktil massage, akupunktur och mindfulness-baserad kognitiv terapi är några exempel som seglat upp som komplement till läkemedelsförskrivning hos vissa patientgrupper. Sådana komplement är ofta relativt biverkningsfria och kan bidra till en ökad ekonomisk och social hållbarhet och en sådan ambition, med det bästa från två världar

utgör grunden för området integrativ hälso- och sjukvård som självklart skall vara bevisat effektiv och säker<sup>6</sup>.

Det har länge varit känt att det framförallt är välutbildade kvinnor och konsumenter med god ekonomi som inkluderar KAM i sitt vårdsökande. I USA har man beräknat att man gör många hundra miljoner besök till KAM-utövare per år och att besökarna själva betalar mer än 30 miljarder dollar för detta<sup>7</sup>. Det är viktigt att tänka på att man alltid ska ta dylika befolkningsundersökningar med en nypa salt, eftersom man till exempel får olika resultat beroende på hur man ställer frågorna, definierar KAM eller vilka terapier som inkluderas.

De flesta är överens om att hälso- och sjukvården bör vara säker och garantera tillgänglig, effektiv vård med patienten i fokus och allt fler satsningar nationellt och internationellt handlar just om att bidra till en sådan excellent hälso- och sjukvård. Men meningarna går ibland isär när det gäller huruvida man (läs vårdtagaren, vårdgivaren, sjukhushuvudmannen, forskaren, läkemedelsbolaget, tjänstemannen, politikern och skattebetalaren) säkert kan veta att vårdinterventionen, terapin, eller medicinen är effektiv och säker. Vanligtvis är detta inte särskilt komplicerat utan vi har myndigheter och lagstiftning som tillgodoser detta på ett utmärkt sätt. Men när det gäller prevention eller behandlingar av många kroniska multifaktoriella sjukdomar är det inte alltid lika enkelt eftersom det evidensbaserat underlaget är ganska undermåligt vilket Sundberg och Baars belyser i mer detalj. Och det är här som det

kan bli knepigt, och ibland svårtolkat och inte så enkelt som journalister i våra dagstidningar och allehanda experter försöker få oss att tro, för det beror oftast, men inte alltid, som sagt på perspektiven. Medicinjournalisten och forskaren David Finer utvecklar detta mer i sitt kapitel

Ett talande exempel är att de flesta medborgare har övertygats om att placebo är något icke önskvärt, och ovälkommet i hälso- och sjukvården. Men nyligen publicerade den världsledande tidskriften *Nature* en intervju där Ted Kaptchuk menar att eftersom den mest påtagliga effekten i kliniska prövningar vid smärta är placeboeffekten, så borde hälso- och sjukvården prioritera utvecklandet av icke-farmakologiska interventioner<sup>8</sup>. Kaptchuk har också visat i ett elegant experiment att det som man tidigare trodde var ett måste inom placebo-forskningen, att föra patienten bakom ljuset och absolut inte tala om att det var en överksam substans man fick, inte alls är nödvändigt för en positiv effekt<sup>9</sup>. Detta har mycket riktigt ansetts vara ett etiskt dilemma och som för många vårdgivare formellt sätt omöjliggjort placebo som en del av behandlingsplanen. Sammantaget har placebobegreppet varit ett rött skynke och fått oss alla att förkasta allt som har med placebo att göra som humbug och kvacksalveri. Men nu hörs andra röster, som menar att själva begreppet placebo ofta leder helt fel, och det är mer adekvat att tala om "*the meaning response*"<sup>10</sup> som ett bättre och mer positivt begrepp för att samla de påvisbara effekterna som kan kopplas till exempelvis beröring, förvän-

tan, närvaro, utbildning, kompetens, färg, form, arkitektur, smak, känsla av sammanhang, mm. Effekter som vi brukar referera till som ospecifika effekter, och som tidigare inordnats i placebobegreppet<sup>11</sup>. Dessa effekter är helt enkelt viktiga förutsättningar för den goda vården och patientupplevelsen, och dessa utesluts systematiskt i dubbelblinda randomiserade och placebokontrollerade kliniska multicenterstudier med läkemedlet i fokus av goda skäl. Man vill ju visa på att just läkemedlet eller teknologi är effektivt inte minst av patenterbarhetsskäl vilket resulterar i att den totala patientupplevda effekten blir underordnad vilket har beskrivits som *"the efficacy paradox"*<sup>11</sup>.

Icke-farmakologiska interventioner är ju vanligtvis inte patenterbara, och varför skall då industrin och andra forskningsfinansiärer prioritera forskningsmedel till den typen av forskning som Ted Kaptchuk föreslår, när lite krasst uttryckt, aktieägarna inte får något tillbaka, trots att det på längre sikt kanske leder till en mer hållbar hälso- och sjukvård med ett utökat fokus på omvårdnad och icke-invasiva livstilsförändringar där så är relevant? Och hur är det möjligt att evidensbasera komplexa behandlingar som KAM och undvika att exkludera *the meaning response*?

Det är här som mer pragmatiska kliniska utvärderingar (*pragmatic clinical trials*), epidemiologiska undersökningar och observationsstudier kommer in tillsammans med den mer kvalitativt inriktade forskningen<sup>11</sup>. Detta är en hållning kring utvärdering som de flesta numera ställer sig bakom när

det gäller komplexa interventioner och behandlingsprogram och utvärderingen handlar mer om huruvida ett program är effektivare än ett annat, och om det är praktiskt genomförbart i vardagen i vården till en för samhället rimlig kostnad<sup>6,12</sup>.

Självklart utesluter inte denna hållning den avgörande "efficacy"-forskningen som är själva fundamentet för prövningar av nya läkemedel och teknologier. Det är bara det att varje forskningsmetod måste anpassas till rätt frågeställning, och att "effectiveness"-forskningen inte kan besvaras med efficacy prövningar, det säger sig självt. Så att värdera olika typer av forskningsmetoder i relation till varandra är meningslöst och oakademiskt, och det är här som pragmatiska kliniska prövningar är på väg att få upprättelse just när det gäller utvärdering av komplexa interventioner trots att det finansiella forskningsstödet fortfarande i jämförelse med den mekanistiska forskningen är i underkant av bland annat skälen nämnda tidigare.

Beslutsfattare och hälsoplanerare, som till vardags berörs av komplexiteten kring utvärdering av hälso- och sjukvården och diffusa begrepp som hälsa och sjukdom fattar dagligdags beslut om vilken hälso- och sjukvård som ska bedrivas, finansieras och utvecklas. Hälsoekonomiska utvärderingar ger här viktig information, för det handlar ofta i slutändan om vad landsting eller stat har råd att erbjuda inom den skattefinansierade hälso- och sjukvården. Därför är hälsoekonomi ett forskningsområde i tillväxt med stor betydelse för KAM och inte

grativ vård, och den stora frågan är då förstås – lönar det sig med relevanta KAM-satsningar inom hälso- och sjukvården? Är integrativ vård lönsam jämfört med det bästa som sjukvården i dag har att erbjuda för till exempel kroniskt sjuka patientgrupper?

Ett exempel på en integrativmedicinsk vårdgivare är Vidarkliniken utanför Järna. Vidarkliniken är ett antroposofiskt sjukhus, där legitimerad vårdpersonal samarbetar med terapeuter inom massage, målning, modellering, musik, dans, bad, samtalsterapi och där alltså den vanliga vården integreras med den antroposofiska medicinen. Sjukhusets egna utvärderingar och även utomstående forskningsprojekt har visat att många patienter vid utskrivning rapportar ett ökat välbefinnande, att man känner sig bekräftad, respekterad och har en ökad upplevelse av livet som mer meningsfullt<sup>13</sup>. Men för många beslutsfattare och vårdaktörer räcker inte detta, utan man behöver också hälsoekonomiska underlag kring vårdutnyttjande, sjukskrivningstal, och läkemedelsanvändning för att förstå de samhällliga och individuella vinsterna av sådana positiva men subjektiva effektmått. Alltså; är det hälsoekonomiskt försvarbart att satsa på vårdformer som strategiskt satsar större resurser på livskvalitetsförbättrande och patientbemötande åtgärder (för sådana patienter som önskar detta) och Sundberg och Baars belyser några sådana studier i deras kapitel.

Antroposofiskt inriktade sjukhus, vårdcentraler, vårdpersonal tillhör vardagen och ses som del av framtidens hälso- och sjukvårdsmodell i

Tyskland och Schweiz enligt Professor Harald Matthes, men lever en alltmer tynande tillvaro i Sverige, vilket beskrivs av Ursula Flatters. I USA erbjuder i princip alla stora sjukhus av rang, eller enskilda förskrivare för den delen, olika typer av integrativ vård. Samma sak gäller många länder i Europa. Även våra nordiska grannländer, Norge och Danmark, verkar i större utsträckning för denna typ av vårdform genom strategiska forskningssatsningar och omskrivningar av hälso- och sjukvårdslagen för att möjliggöra integrativ vård, för de patienter som så önskar.

Givet alla uppenbara utmaningar har WHO under lång tid arbetat med normativa rekommendationer för hälso- och sjukvården generellt och läkemedelssektorn i synnerhet och försökt ge råd kring hur man bäst utvecklar och organiserar hälso- och sjukvården. WHO var tidigt ute med att utveckla policyriktlinjer för läkemedel inklusive den välkända listan av essentiella läkemedel, cirka 350 stycken idag som man menar svarar mot det största behovet av läkemedel. Dock omfattar länders läkemedelslistor långt fler produkter och beredningar, något som både Världsbanken och WHO uppmärksammat under lång tid. När det gäller KAM så var WHO tidigt ute med att på världsmötet i Alma Ata 1978 understryka vikten av att integrera effektiv uråldrig traditionell medicin i primärhälsovården globalt. Idag går WHO så långt att man förespråkar "*universal health coverage and integration of traditional providers and complementary services into health service delivery as well as self-health care*", något som



The WHO *Traditional Medicine (TM) Strategy 2014–2023* was developed in response to the World Health Assembly resolution on traditional medicine (WHA62.13) with the aim to support Member States in:

- Harnessing the potential contribution of Traditional & Complementary Medicine (T&CM) to health, wellness and people-centred health care and;
- Promoting the safe and effective use of T&CM by regulating, researching and integrating T&CM products, practitioners and practice into health systems, where appropriate.

>> The strategy aims to support Member States in developing proactive policies and implementing action plans that will strengthen the role T&CM plays in keeping populations healthy.

Box 1. Syftet med WHO-strategin.

beskrivs detaljerat i WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023<sup>1</sup>.

Många medlemsländer arbetar i dag med att implementera WHO-strategin i sitt hälso- och sjukvårdssystem, inklusive Kina och Indien. Strategins syfte med nödvändiga satsningar sammanfattas i stora drag i Box 1 (ovan) och 2 (nästa sida). Det är värt att notera att WHO poängterar vikten av utvärdering som inkluderar pragmatiska kliniska prövningar och hälsoekonomi i linje med resonemanget ovan kring utvärdering.

ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision*) är den nu gällande upplagan av ICD och är en allmänt accepterad standard för klassificering av sjukdomar, utgiven av WHO. ICD-10 färdigställdes 1992 och den senaste versionen är från 2011. Socialstyrelsen ansvarar för den svenska översättningen av ICD-10 som då kallas KSH97 (Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997) och uppdateras årligen. Inom WHO pågår nu ett intensivt arbete med att

uppdatera ICD-10 och ICD-11 kommer att inkludera ett nytt kapitel relevant för integrativ vård.

Sammanfattningsvis, så pågår internationellt ett omfattande forsknings-, utvecklings- och reformarbete med relevans för KAM med ambitionen att utveckla evidensbaserade integrativa hälso- och sjukvårdsmodeller, eller för att uttrycka detta med generaldirektören för WHO Margaret Chans egna ord:

*”Updating and enhancing the strategy has allowed WHO to acquire a better understanding of how to boost the global integration of T&CM into health systems. My hope is that it will provide Member States with a road map to achieving further success in their T&CM strategic planning.”<sup>1</sup>*

Avslutningsvis så är de värt att notera att Världskongressen för forskning inom integrativ medicin och hälsa, ”The 2017 World Congress on Integrative Medicine & Health” i Berlin 3-5 maj 2017 fokuserar på ”The



Box 2. Nödvändiga satsningar av WHO och medlemsländerna

future of comprehensive patient care – Strengthening the Alliance of Researchers, Educators and Providers” med generaldirektören från WHO som öppningstalare vilket också kan tolkas som att området är aktuellt för många av världens länder och beslutsfattare<sup>14</sup>.

## Referenser

- [1] WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023. Available at: [http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm\\_strategy1423/en/](http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy1423/en/); [accessed 02.10.14].
- (2) Carlson, P., & Falkenberg, T. (2007). Integrativ vård. Stockholm: Gothia Forlag AB.
- (3) Kaptchuk, T. J., & Miller, F. G. (2005). Viewpoint: what is the best and most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine: opposition, integration, or pluralism? *Acad Med*, 80(3), 286-290.
- (4) CAMbella. Available at <http://www.cambrella.eu/>; (accessed 16.02.17)
- (5) Fischer F, Lewith G, Witt CM, Linde K, von Ammon K, Cardini F, Falkenberg T, Fønnebo V, Johannessen H, Reiter B, Uehleke B, Weidenhammer W, Brinkhaus B. A research roadmap for complementary and alternative medicine - what we need to know by 2020. *Forsch Komplementmed*. 2014;21(2):e1-16. Epub 2014 Mar 24.



- (6) Sundberg T, Hök J, Finer D, Arman M, Swartz J & Falkenberg T. Evidence-informed integrative care systems—The way forward. *European Journal of Integrative Medicine* 6 (2014) 12–20
- (7) National Center for Complementary and Integrative Health. The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States: Cost Data. Available at <https://nccih.nih.gov/news/camstats/costs/costdatafs.htm> (Accessed 16.02.17)
- (8) Marchant J. Strong placebo response thwarts painkiller trials. Potential pain treatments are struggling to prove their worth over a rising placebo effect seen in US trials. 06 October 2015 *Nature* doi:10.1038/nature.2015.18511
- (9) Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM, Norma Sanchez M, Kokkotou E, Singer JP, Kowalczykowski M, Miller FG, Kirsch I & Lembo AJ. Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. *PLOS ONE*, December 22, 2010, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0015591>
- (10) Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern Med*. 2002 Mar 19;136(6):471-6.
- (11) Walach H, Falkenberg T, Fønnebo V, Lewith G, Jonas WB. Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Med Res Methodol*. 2006 Jun 24;6:29.
- (12) Rawlins M. Harveian Oration. De testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions. *Lancet* 2008; 372: 2152–61
- (13) Arman M, Hammarqvist AS, Kullberg A. Anthroposophic health care in Sweden - a patient evaluation. *Complement Ther Clin Pract*. 2011 Aug;17(3):170-8.
- (14) The 2017 World Congress on Integrative Medicine & Health. <https://www.ecim-iccmr.org/2017/> (Accessed 16.02.17)