

Remissvar

Diarienummer S2019/01774/FS

Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap och dialog (SOU 2019:15) och Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning (SOU 2019;28).

Remissinstans: Svenska Förbundet för Antroposofisk Medicin och Terapi, SAMT.

Likalydande text som för Stiftelsen Vidarkliniken

Förkortningar: KAM – komplementär och alternativ medicin

KAV – komplementär och alternativ vård

Allmänt

Utredningen innebär vissa framsteg i regleringen av, kunskapen om och dialogen kring KAM - metoder i Sverige. Övergripande ser vi förslag till förbättringar när det gäller säkerhet, samt förslag om att hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om KAM - metoder bör ökas. Det finns dock inte några kraftfulla förslag till en ökad dialog eller förslag till en nationell policy när det gäller att ta tillvara relevanta kunskaper och erfarenheter inom KAV. Vi har också synpunkter på lagförslaget när det gäller behandling av barn med KAM-metoder.

Våra synpunkter:

Undervisning bör ske av personer med kunskap och erfarenhet i ämnet.

Det är ett bra och viktigt första steg att undervisa hälso- och sjukvårdspersonal i KAV. Frågan är hur denna undervisning skall utformas på ett neutralt sätt och vem som ansvarar för undervisningsmaterial. Det finns exempel på (England, Sverige) att personer som tillhör skeptikerrörelsen och är aktiva motståndare mot KAV tillhandahåller sådan undervisning. Undervisningen bör tillhandahållas av personer med kunskap och erfarenhet av ämnet.

Vi saknar en policy som uttrycker ett positivt intresse för att integrera relevanta metoder i sjukvården så som det föreslås i WHO's strategidokument.

Utredaren skulle också "lämna förslag på en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som idag inte tillhör den etablerade vården, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård". Det enda svaret utredningen ger är att samma regler skall gälla som inom den etablerade vården när det gäller införandet av nya behandlingsmetoder samt "att SBU bör få ett uppdrag med särskilda resurser att göra en inventering av vilka KAM-metoder som är mest angelägna att utvärdera..." (1, sid 446). Vi saknar en policy som uttrycker ett positivt intresse för att integrera relevanta metoder i sjukvården såsom det föreslås i WHO's strategidokument. Enligt den nya rapporten om traditionell och komplementär medicin (T&CM, Geneve, den 21 maj 2019), rapporteras om framsteg när det gäller policys och implementeringen av strategin i 170, dvs 88 procent, av medlemsländerna. Den europeiska regionen ligger efter. Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, generaldirektören för WHO, säger i maj 2019: "T&CM är en viktig och ofta

underskattad hälsoresurs med många användningsområden, särskilt i preventionen och behandlingen av livsstilsrelaterade sjukdomar samt när det gäller att möta vårdbehoven hos en åldrande befolkning. Många länder önskar att utvidga erbjudandet av grundläggande vårderbjudanden i en tid, där konsumenternas förväntningar på vård stiger, kostnader stiger och de flesta budgetar antingen ligger still eller reduceras. Med tanke på de utmaningar för hälso- och sjukvården, som det 21. århundradet står inför, finns ett förnyat intresse för T&CM. ” (översättning från engelska av författaren).

Vi saknar liknande resonemang i utredningen. Det är inte alls bara fråga om att tolerera och reglera KAV, utan att tillvarata kunskaper inom framförallt de nämnda områdena för att lösa väldigt konkreta och kostsamma samhällsutmaningar. För t ex rehabilitering av stressrelaterad psykisk ohälsa och kronisk smärta saknas evidensbaserade rekommendationer, sjukskrivningstalen ökar och många patienter söker sig till KAV. På frågan om sjukvården har något att lära av KAV-området uppmärksammar man i utredningen att skolmedicinen kan lära sig ett bättre bemötande, som patienter ofta vittnar om hos KAM - utövare. Man menar att det skulle kunna öka önskade placeboeffekter. Vi tror inte att upplevelsen av ett bra bemötande endast kan hänföras till tidsbrist inom sjukvården – även där finns utmärkta förmågor till ett gott bemötande. I grunden finns ett systemfel, där sjukvården inom vissa områden, saknar verktyg att se och möta patientens faktiska behov. Detta förvärras av de senare årens införande av NPM (New Public Management), där antal pinnar räknas högre än antal nöjda patienter och där kvalitetssäkring idag endast görs med kvantitativa mätmetoder.

För att höja evidensbasen för vissa relevanta KAM - metoder behövs ett akademiskt integrativt centrum.

Det är uppenbart att Sverige behöver en policy, som bland annat beskriver relevanta områden, där evidensbasen för KAV bör höjas och där vissa metoder bör implementeras i den etablerade sjukvården – förslagsvis i projektform till en början. Det är också uppenbart, att Sverige behöver ett akademiskt integrativt centrum med uppgift att höja evidensbasen för en del intressanta och internationellt sett välbeprövade KAM-metoder. Professurer bör då besättas av forskare med kunskap och erfarenhet inom forskning i KAM-metoder och inte, såsom skett i Sverige och England, med uttalade motståndare och aktivister mot KAM. Detta kostar pengar, men enligt WHO kan stora samhällsvinster göras i hälsa och därmed ge minskade kostnader för vård och sjukskrivningar.

Utredningen tar inte upp Vidarkliniken som modell för integrativ vård.

Vidarkliniken var en modell för integrativ vård med hög kompetens och patientsäkerhet. Grunden var de behandlingsmetoder som är de gällande enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Under läkaransvar gavs tilläggsbehandlingar i form av antroposofiska läkemedel, omvårdnadsåtgärder och terapier. Flera forskningsprojekt har utvärderat behandlingsmodellen, där resultaten i tre vetenskapliga studier var signifikant bättre än i kontrollgruppen med enbart konventionell behandling. Det finns stor erfarenhet av den antroposofiskt orienterade metoden internationellt, kanske mer än för en del metoder som praktiseras inom sjukvården för övrigt. Det publiceras runt 100 vetenskapliga artiklar varje år med växande kvalitet. Det finns en HTA-rapport, som visar att metoden är säker, nyttig, effektiv och kostnadseffektiv. Ändå anses den av kritiker inte utövas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidar Rehab har utövat sin vårdmodell på beställning av ett antal landsting i Sverige och patientnöjdheten var hög. Vi kan inte förstå, att utredningen inte resonerar kring detta unika exempel på en integrativ vårdmodell med unika forskningsmöjligheter i den svenska sjukvården.

Utredningen gjordes med bakgrund i en polariserad debatt mellan ett fåtal företrädare för konventionell medicin och företrädare för Stiftelsen Vidarkliniken. Denna polarisering känner vi inte

riktigt igen från det konkreta patientarbetet. Det är viktigt att regeringen känner till att praktiskt taget alla inlägg i media gällande Vidarkliniken och de antroposofiska läkemedlen kom från företrädare för en liten grupp aktivister tillhörande den s.k. skeptikerrörelsen som i Sverige samlas i föreningen för Vetenskap och Folkbildning (VoF). Här förekommer metoder som folkförvillarpriser, missbruk av professorstitlar i bemärkelsen, att man yttrar sig i frågor som ligger utanför det egna kompetensområdet utan att ange det, spridning av direkta osanningar (t ex om vaccinationsmotstånd) i media även av medicinskt helt okunniga personer m.m. Vi anser att det är oetiska metoder för vetenskapsmän. Saklig kritik är däremot välkommen och utvecklande. I kombination med okunniga politiker har debatten lett till nedläggning av Stiftelsen Vidarkliniken – Nordens enda integrativmedicinska sjukhus med unika forskningsresultat.

Vetenskap och beprövad erfarenhet (kap 1/14):

Hälso-och sjukvårdspersonal bör få använda sig av KAM-metoder på ett ansvarsfullt sätt utan fruktan för straffåtgärder eller för sin legitimation.

Hälso- och sjukvårdspersonal skall arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet – begrepp som inte är tydligt definierade. Samtidigt skall sjukvården i möjligaste mån vara evidensbaserad. Klinisk evidens "kräver att bästa tillgängliga forskningsevidens integreras med klinisk expertkunskap och våra patienters unika värderingar och omständigheter" (Sackett DL et al, 2000). Klinisk evidens står alltså på tre ben.

Den vetenskapliga evidensen värderas högst, men det är endast högt räknat ca 20 procent av sjukvården som har vetenskaplig evidens, det mesta inom sjukvården baseras på erfarenhet och konsensusdokument. Inom vissa välkända relevanta områden (rehabilitering av patienter med cancer, stressrelaterat psykisk ohälsa, svår långvarig smärta) är evidensen särskilt svag. Det är också inom dessa områden, som patienter huvudsakligen söker sig till KAM-utövare. Värdefull kunskap kan finnas inom vissa KAM-metoder. Vi ser ett stort behov av samarbete, positivt intresse och tvärprofessionella projekt inom dessa områden.

Evidensen i det kliniska arbetet har tre ben enligt ovan. Eftersom vetenskapen ges större vikt, finns risk att empati och ansvarstagande för individen blir lidande. Den risken beskriver redan evidensbegreppets upphovsman D. Sackett och menar, att om inte de tre benen är i balans, riskerar vi en vetenskapens tyranni (Sackett DL et al, 2000). Det kan bli viktigare att vara bäst i klassen med att följa olika rekommendationer än att lyssna på den enskilde patientens situation och behov och våga ta beslut som verkligen baseras på patientens unika behov. Detta kan patienten uppleva som dåligt bemötande, att inte känna sig sedd och tagen på allvar.

Det är viktigt att värna om läkares och andra legitimerades kompetens att veta det bästa för sina patienter och vi menar att klinisk kompetens behöver värderas upp. Läkare har fri förskrivningsrätt, kompetensområden för legitimerade yrkesutövare är tydliga, men det är oklart vad som räknas som beprövad erfarenhet och hur den enskilde patientens behov kommer in i bilden. Detta skapar osäkerhet i yrkesutövningen, särskilt när det gäller de mer komplexa sjukdomstillstånden, där det ofta inte finns någon forskning på den samlade nyttan av olika läkemedel och behandlingar. Konsensusmanualer är ett sätt att stämma av klinisk erfarenhet, men fortfarande måste individuella beslut fattas p.g.a. "våra patienters unika värderingar och omständigheter". Expertkunskapen är mycket viktig, men även förmågan att väga in patientens unika värderingar och behov i det enskilda fallet. Styrmetoderna, bl.a. kvalitetssäkringssystem, är idag manualinriktade och kvantitativa. De fångar inte in och premierar inte hur s.k. placeboeffekter till följd av bland annat ett gott bemötande påverkar behandlingsresultatet.

Hälso-och sjukvårdspersonal bör få använda sig av KAM-metoder på ett ansvarsfullt sätt utan fruktan för straffåtgärder eller för sin legitimation. Det förutsätter naturligtvis tilläggsutbildningar, att

patienten uttryckligen önskar en sådan behandling och är välinformerad, samt att även förskrivaren kan motivera behandlingen och dokumenterar den.

Det kan finnas mycket erfarenhet hos professioner utanför den etablerade sjukvården, men denna räknas i nuläget inte, eftersom begreppet "beprövad erfarenhet" endast gäller inom sjukvården. Detta är ytterligare ett incitament för utvärdering och forskning i samarbete med den etablerade medicinen.

Utrymmet för hälso-och sjukvårdspersonal att utöva KAM-metoder (2/kap 8).

Ställningen för integrativ vård inom hälso- och sjukvården bör stärkas, särskilt inom diagnoser, där evidensbaserade behandlingskoncept saknas eller är svaga.

Vi saknar ett resonemang om enheter eller team bestående av hälso- och sjukvårdspersonal med tilläggsutbildningar inom KAM, som tillsammans önskar arbeta med någon form av integrativ medicin. Det är naturligtvis inte önskvärt eller möjligt att enskilda läkare eller andra offentliga vårdutövare använder KAM-metoder utan arbetsgivarens kännedom eller uppdrag att göra så. Vidarkliniken var ett exempel med uppdrag av flera landsting. Det finns flera team i Sverige, t ex läkare med specialistkompetens, dietister, fysioterapeuter och psykologer som gjort tilläggsutbildningar och önskar se ett integrativt arbetssätt som en fördjupning av sitt arbete och som önskar samarbeta. Enligt vår mening bör ställningen för sådana initiativ stärkas, bl.a. för att patientsäkerheten är hög. Det gäller särskilt inom diagnoser, där evidensbaserade behandlingskoncept saknas eller är svaga. Det gäller t ex rehabilitering av patienter med cancerdiagnoser, med kronisk generaliserad smärta och med stressrelaterad psykisk ohälsa. Det är angeläget att följa resultaten, om möjligt med forskningsprojekt. Eftersom det inte finns evidens, eller enbart svag evidens, för rehabiliteringen av ovanstående grupper bör skattepengar följa patientens val. Därvid måste fler valmöjligheter finnas än t ex inom vårdval Stockholm, där innehållet i t ex cancerrehabiliteringen eller rehabilitering av kronisk smärta och utmattningssyndrom är strängt reglerat (MMR2 – multimodal rehabilitering, steg 2) trots att ingen evidens finns för denna modell. Vi anser att flera modeller gagnar patienterna och kunskapsbildningen i området. Ekonomin påverkas inte av fler valmöjligheter som håller en hög nivå. Patientens ställning stärks.

Samarbetet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och utövare av KAV:

Hälso- och sjukvårdspersonal bör kunna ge delegation till KAM-utövare.

Utredningen förordar inte ett samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal och KAV-utövare. Det är önskvärt att samarbete är möjligt under ansvarsfulla former. Det har funnits på Vidarkliniken. Även här är det klart att sådant samarbete inte kan bedrivas av enskild utövare inom hälso- och sjukvården utan att arbetsgivaren har kännedom om det eller gett ett uppdrag om det. På Vidarkliniken var det arbetsgivarens inriktning att bedriva vård med en integrativ antroposofisk inriktning. Samarbetet var noga reglerat och patientsäkert: läkare skriver en skriftlig delegation. Terapeuten blir därmed hälso- och sjukvårdspersonal och måste följa gällande regler och lagar, tex när det gäller sekretess, dokumentation och möjligheter till klagomål för patienten. Läkaren har det medicinska ansvaret. Det har fungerat bra.

I Norge kan KAM-utövare som samarbetar med läkare involveras i behandlingen även av svåra sjukdomar. Det är då läkaren som har det medicinska ansvaret och samarbetet följer samma principer som på Vidarkliniken.

I Sverige är det inte brukligt med ett sådant samarbete. Därför söker ofta patienter annan kompletterande behandling utan att behandlande läkare är inblandad eller informerad. Vi ser det som mer patientsäkert med ett samarbete under läkaransvar. Det kräver att KAM-utövaren har

kunskap om patientsäkerhetslagen och kan uppfylla de krav som ställs på hälso- och sjukvårdspersonal. Ett delegationsförfarande är inte tillämpligt i alla situationer, men bör vara en möjlighet för samarbete. Det bör alltså inte vara en rättighet för patienten att läkaren skriver en delegation. Men där samarbete av läkare anses kunna bidra till patientens hälsa, ser vi det som det mest patientsäkra sättet att integrera vissa KAM – metoder i behandlingen av enskilda patienter. En sådan möjlighet befrämjar enligt vår mening dialogen mellan KAV och den konventionella vården. Den stärker också patientens ställning.

KAM - metoder inom sjukvården

Det är givet att KAM-metoder behöver vara välbeprövade och helst evidensbaserade innan de tas upp i sjukvården generellt. Däremot måste möjligheten för enskilda vårdgivare finnas att integrera KAM-metoder. Det bör även vara möjligt att lägga skattepengar på dem, när t ex en beställare anser att en integrerad behandlingsmodell visar goda resultat. Så har det varit med Vidarkliniken i ca 30 år. Vissa vårdgivare anställer också t ex en konstterapeut eller musikterapeut. På Vidarkliniken kunde forskning visa att pengarna var väl använda, eftersom vården på Vidarkliniken ledde till lägre läkemedelsförbrukning och kortare sjukskrivningstider för patienter med stressrelaterad ohälsa och för patienter med svår kronisk smärta. Vidarkliniken är därmed ett exempel på hur klinisk kompetens kan bidra till bättre behandlingsresultat, som också bekräftades av vetenskaplig forskning. Vi hoppas att, även om Vidarkliniken inte längre finns, själva modellen kan inspirera till nya verksamheter och fler forskningsprojekt.

Förslaget om lagändring:

Bättre att förbjuda behandling av svåra sjukdomar hos barn och tillåta behandling av lättare sjukdomar för KAM-utövare.

Vi anser att förslaget att KAM-utövare inte ska behandla svåra sjukdomar är bra. Det är viktigt att hela förslaget går igenom, dvs att symtombehandling är tillåtet även vid allvarliga sjukdomar och hos barn och gravida. Det finns ett stort intresse för KAM-metoder och ett förbud kan leda till ökat lidande hos patienter och samvetskonflikter hos vårdnadshavare och yrkesutövare.

När det gäller förbud att behandla barn under 15 år, menar vi att den danska lösningen är bättre, dvs att även för barn under 15 år gäller, att det är förbjudet att behandla svåra sjukdomar samt eventuellt att skärpta straffåtgärder vid överträdelse ska gälla. Symptomlindring skall vara tillåten även vid svåra sjukdomar och även behandling av lättare sjukdomar. Den lösningen är tydligare, eftersom det kan vara svårt att tolka vad som är behandling och vad som är symptomlindring, framförallt vid lättare sjukdomar. Barn är sårbara, men samtidigt bör den offentliga sjukvården förhålla sig lite ödmjuk till sin behandling av barn. Bland annat var användningen av antibiotika för banala infektioner föreskriven under många år. Det var inte nödvändigt och inte bra för barnen eftersom hela den viktiga bakteriefloran i kroppen drabbas. Den insikten har länge funnits inom den antroposofiska medicinen och antibiotikaföreskrivningen hos antroposofiskt orienterade läkare inom EU ligger långt under genomsnittet. Man har stor erfarenhet av enkla omvårdnadsåtgärder för symptomlindring och även sjukdomsbehandling genom användning av s.k. KAM-metoder. Behandling/symptomlindring har då getts inom sjukvården, men i dagsläget saknar sjukvården kunskap om dessa enkla och ofarliga metoder. Även här bör ömsesidigt lärande, en levande dialog och lyhördhet för nya kunskaper och erfarenheter vara en ledande princip.

Vetenskap och vetenskapliga metoder

Vetenskap bygger på ett gällande paradig. Vetenskaplighet är inte bunden av det. Idag talas om förklaringsmodeller som bygger på ett materialistiskt, analytiskt och reduktionistiskt paradig, dvs att man utgår ifrån att verkligheten omfattas av detta synsätt. Utredningen tar upp

”rimlighetskriterier” som kräver att terapimetoder skall kunna förklaras inom allmänt accepterad vetenskap inom biofysik, biokemi, fysiologi eller psykologi. En del metoder, såsom mindfulness och akupunktur har en annan filosofisk kontext. De tas upp i sjukvården efter att man tagit bort den filosofiska kontexten. Antroposofisk medicin bygger på den etablerade medicinens metoder, men utvidgar kontexten. Det är egentligen detta som kritiker vänder sig emot. En människosyn, som inte reducerar människan till enbart biologiska förklaringsmodeller, respektive nu gällande vetenskapliga förklaringsmodeller, anses vara ovetenskaplig. Det är tragiskt eftersom det viktigaste med människan är meningen med hennes liv, hennes identitet och utveckling. Detta påverkar inte bara den psykologiska frågeställningen, utan även förståelsen av kroppen och identifikationen med den. Kroppen kan därför inte förstås med endast biologiska metoder. Ingen kan idag förklara medvetandet och specifikt självmedvetandet med biologiska metoder. Ingen kan heller förneka att människan upplever sin kropp som sitt själv. Det finns därför stora behov av inte bara pragmatiska regelverk, utan också utveckling av filosofiska aspekter på vetenskap och medicin. Vi ser det som en viktig uppgift att kunna föra en dialog mellan medicinska system med varierande filosofisk bakgrund och ser det som ett rimligt krav på vetenskapsmän att kunna föra en sådan dialog. Det kan leda till ett paradigmskifte med möjlighet till flera förklaringsmodeller som är strängt vetenskapliga.

Järna, den 23 oktober 2019

för Svenska Förbundet för Antroposofisk Medicin och Terapi

Ursula Flatters (ordförande)

Ledamöter: Annica Alvenäng (läkeerytmist), Inger Boman (pensionär, tidigare personalchef), Elisabeth Broager Grön (läkeerytmist), Germa Miltenburg (leg. sjuksköterska), Kerstin Silvasti (läkeerytmist), Kersti Strömblad (specialist i psykiatri)