Komplementär och alternativ medicin och vård

– säkerhet, kunskap, dialog

Delbetänkande av KAM-utredningen

Stockholm 2019

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2019:15

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslagsillustration: Marek Skupiński
Omslagslayout: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2019

ISBN 978-91-38-24913-0
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 27 april 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att kartlägga och lämna förslag i frågor som rör ökat patientinflytande och patientsäkerhet inom annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården (dir. 2017:143). Tilläggsdirektiv beslutades av regeringen den 6 juli 2018 (dir. 2018:63) i vilka utredaren fick i uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna i 5 och 10 kap. patientsäkerhetslagen och annan för uppdraget relevant lagstiftning. Den 7 mars 2019 fattade regeringen beslut om tilläggsdirektiv rörande den del av uppdraget som handlade om en översyn av patientsäkerhetslagen (dir. 2019:4). Utredningen har antagit namnet KAM-utredningen.

Professor emeritus Kjell Asplund förordnades att från och med den 27 april 2017 vara särskild utredare.

Utredningen har utsett en expertkommitté som bistått utredningen i arbetet. Expertkommittén har bestått av docent Maria Arman, Vårdförbundet och Svensk Sjuksköterskeförening, handläggare Anders Berg, Socialstyrelsen, docent Per Claesson, Läkemedelsverket, docent Torkel Falkenberg, Karolinska institutet, ämnesråd Hans Hagelin, Socialdepartementet, medicine doktor Monica Hultcrantz, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, jurist Katarina Lagerstedt, Inspektionen för vård och omsorg, professor Dan Larhammar, Uppsala universitet, professor och överläkare Jonas F. Ludvigsson, Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet, diplomerad homiatriker Irén Svensson-Nylén, KAM-Kommittén för komplementär och alternativ medicin, utredare Olle Olsson, Sveriges Kommuner och Landstig, utvecklingschef Thomas Schneider, Bräcke diakoni samt departementssekreterare Anna Weinholt, Socialdepartementet.

Jur. kand. Mats Nilsson anställdes som sekreterare i utredningen den 2 juni 2017 och leg. apotekare Lisa Landerholm anställdes som

sekreterare den 14 augusti 2017. Anna Envall-Rystedt anställdes som assistent den 6 november 2017. Hans Hagelin och Monica Hultcrantz, som ingått i utredningens expertgrupp, anställdes som sekreterare den 20 juni 2018 respektive den 1 september 2018.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkande *Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog* (SOU 2019:15). Kjell Asplund svarar ensam för innehållet i delbetänkandet. Utredaren och sekretariatet har arbetat på ett sådant sätt att det är befogat att använda vi-form i betänkandet.

Stockholm i mars 2019

Kjell Asplund

/Hans Hagelin
Monica Hultcrantz
Lisa Landerholm
Mats Nilsson
Anna Envall-Rystedt

Innehåll

Sammanfattning **15**

Summary **31**

Inledning **47**

Del 1 BAKGRUND

1 Utredningens uppdrag och tillvägagångssätt **51**

1.1 Utredningsuppdrag 51

1.2 Tillvägagångssätt 52

1.3 Avgränsningar 54

2 Termer och definitioner **57**

2.1 Inledning 57

2.2 Termer och definitioner i tidigare utredningar 58

2.3 Definitioner använda av internationella organisationer 59

2.4 Definitioner använda av nationella organisationer 61

2.5 Definitioner använda av svenska centra 63

2.6 Utredningens överväganden 64

3 Tidigare utredningar och riksdagsmotioner angående KAM **73**

3.1 Bakgrund 73

3.2 Kvacksalveriutredningen (SOU 1956:29) 73
3.3 Alternativmedicinkommittén (SOU 1989:60) 76
3.4 Behörighetskommittén (SOU 1996:138) 77
3.5 Utredningen om ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin (SOU 2004:123) 79
3.6 Patientsäkerhetsutredningen (SOU 2008:117) 81
3.7 2009 års behörighetsutredning (SOU 2010:65) 82
3.8 Andra utredningar av relevans för utredningen..... 84
3.9 Riksdagsmotioner om KAM..... 86

4 Gällande rätt 91

4.1 Bakgrund..... 91
4.2 Regeringsformen och kommunallagen 92
4.3 Hälso- och sjukvårdslagen 92
4.4 Tandvårdslagen 94
4.5 Patientlagen..... 95
4.6 Patientsäkerhetslagen 96
4.7 Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården ... 100
4.8 Patientskadelagen 101
4.9 Konsumenttjänstlagen..... 103
4.10 Marknadsföringslagen 103
4.11 Lagen om tjänster på den inre marknaden 104
4.12 Skattelagstiftning..... 106

5 Myndigheternas uppdrag och erfarenheter av KAM 109

5.1 Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 109
5.2 Läkemedelsverket 113

5.3 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) ... 115
5.4 Folkhälsomyndigheten ... 116
5.5 Socialstyrelsen ... 117
5.6 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ... 120
5.7 Konsumentverket ... 121

6 Översikt över KAM och KAV i Sverige ... 123

6.1 Yrkesorganisationer inom KAM ... 123
6.2 Utbildningar ... 126
6.3 Vårdgivare inom KAV och omfattningen av verksamhet i Sverige ... 142
6.4 Landstingen och KAM ... 145
6.5 Användning av och attityder till KAM och KAV i Sverige ... 149
6.6 Friskvård ... 164
6.7 Företagshälsovård ... 166
6.8 KAM i privata sjukvårdsförsäkringar ... 167

7 Internationella utblickar ... 177

7.1 Nordiska länder ... 178
7.2 Exempel på övriga länder ... 196
7.3 Rapporter från CAMbrella respektive WHO ... 201

8 Information om KAM och KAV ... 211

8.1 Landstingen och 1177 Vårdguiden ... 211
8.2 Myndigheter ... 213
8.3 Andra aktörer ... 216
8.4 Internationella exempel ... 217

Del 2 FÖRDJUPNING

9 Översikt över komplementär och alternativ medicin och vård ... 225

9.1 Läsanvisningar ... 225

9.2 Vad kännetecknar KAM? ... 226

9.3 KAM-system och KAM-metoder ... 239

9.4 Patientsäkerhet vid KAM-terapi ... 264

9.5 Strategier för KAM ... 275

10 KAM-perspektiv på hälso- och sjukvården ... 295

11 Debatten om KAM ... 301

11.1 Läsanvisning ... 301

11.2 Aktörer ... 302

11.3 Avsaknad av rationella förklaringar och vetenskapligt stöd ... 303

11.4 Förklaringar till upplevda KAM-effekter ... 305

11.5 Kulturella faktorer som bidrar till intresset för KAM ... 305

11.6 ”Nyttiga” och självförvållade sjukdomar ... 306

11.7 Övrig kritik mot KAM ... 307

12 Etiska aspekter på KAM ... 311

12.1 Utgångspunkter ... 312

12.2 KAM-organisationernas etiska regler ... 312

12.3 ”Klassiska” etiska principer i vården ... 314

12.4 Ytterligare etiska värden och frågor ... 316

12.5 Prioriteringsprinciper ... 320

12.6 Om terapin inte uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet – kan den ändå användas? 323

13 Forskning inom KAM-området 327

13.1 Om utredningens kartläggningar 328

13.2 Kartläggning av internationell KAM-forskning 330

13.3 Kartläggning av svensk KAM-forskning 335

13.4 Forskningsfinansiering 344

13.5 Exempel på svenska forskningsmiljöer inom KAM-området 350

13.6 Synpunkter på svensk KAM-forskning som framkommit vid utredningens intervjuer 352

13.7 Samhälls- och religionsvetenskaplig, humanistisk och juridisk KAM-forskning 354

13.8 Exempel på internationella strategier för KAM-forskning 354

14 Vetenskaplig utvärdering och beprövad erfarenhet 361

14.1 Begreppen vetenskap och beprövad erfarenhet samt effektivitet 362

14.2 ”Vetenskap och beprövad erfarenhet” i utvärderingen av metoder i hälso- och sjukvården 364

14.3 ”Vetenskap och beprövad erfarenhet” i utvärderingen av KAM 365

14.4 Typer av vetenskapliga studier 366

14.5 Evidensbaserad medicin 369

14.6 Utmönstring av metoder 372

14.7 Rimliga förklaringar? 373

14.8 Olika modeller för metodutvärdering 374

15 Ospecifika effekter ... 383

15.1 Inledning ... 384

15.2 Definitioner ... 384

15.3 Kort historik ... 385

15.4 Olika perspektiv på ospecifika effekter ... 386

15.5 Faktorer av betydelse för ospecifika effekter ... 387

15.6 Att utnyttja ospecifika effekter i praxis ... 388

15.7 Andra förklaringar till intrycket av en behandlingseffekt ... 389

16 Att införa metoder från KAM i hälso- och sjukvården ... 393

16.1 Nationella riktlinjer och den nationella prioriteringsmodellen ... 394

16.2 Myndigheters och lokala organisationers utvärderingar av medicinska metoder ... 399

16.3 Patientsamverkan vid utvärdering av metoder inom hälso- och sjukvård ... 401

16.4 Exempel på metoder från KAM som delvis införts i svensk hälso- och sjukvård ... 402

16.5 KAM-utövare i hälso- och sjukvården ... 409

17 Klagomålshantering ... 415

17.1 Bestämmelser om ett nytt system för klagomålshantering ... 415

17.2 Konsumentverkets branschöverenskommelser och vägledningar ... 418

17.3 KAM-branschens arbete med kravställning på medlemmar ... 421

17.4 Utredningens reflektioner ... 422

Del 3 FÖRSLAG

18 Överväganden och reflektioner 429

19 Forskning, utvärdering och införande av KAM-metoder i hälso- och sjukvården 433

19.1 Forskning om KAM-system och KAM-metoder 433

19.2 Policy för att införa metoder från KAM-området i hälso- och sjukvården 446

20 KAM i vårdutbildningar 457

20.1 Introduktion 458

20.2 Behov av undervisning om KAM på grundutbildningar 459

21 Information om KAM till allmänhet, vårdsökande och hälso- och sjukvårdspersonal 461

21.1 Målgrupper för information 463

21.2 Vilken typ av information behövs? 463

21.3 Förslag på KAM- portal som görs tillgänglig av 1177 Vårdguiden 464

21.4 Information från myndigheter 466

21.5 Ytterligare informationskanaler 468

21.6 Utredningens förslag 469

22 Bedömning om branschöverenskommelser – vägledningar och register 473

22.1 Branschorganisationer inom KAM bör sträva efter att teckna branschöverenskommelser m.m. med Konsumentverket 473

22.2 Register över KAM-utövare 476

23 Sammanfattning av utredningens förslag utifrån olika målgrupper 477

23.1 Vårdsökande 477

23.2 KAM-utövare 477

23.3 Hälso- och sjukvården 478

23.4 Forskare 478

23.5 Myndigheter 479

23.6 Lärosäten 481

24 Konsekvensutredning 483

24.1 Övergripande om utredningens förslag 483

24.2 Konsekvenser med relevans för det svenska EU-medlemskapet 483

24.3 Konsekvenser för miljön 484

24.4 Konsekvenser för jämställdhet och integration 484

24.5 Konsekvenser för de berörda myndigheterna 484

24.6 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen och finansieringsprincipen 486

24.7 Konsekvenser för företag 486

24.8 Konsekvenser för samhällsekonomin 487

24.9 Konsekvenser för de offentliga finanserna 487

24.10 Finansiering av utredningens förslag 488

Särskilt yttrande 493

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2017:43 495

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2018:63 515

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2019:4 517

Bilaga 4 Förteckning över möten, konferenser och besök..... 519

Bilaga 5 Sammanställningar om KAM och KAV i Sverige..... 525

Bilaga 6 Bibliometrisk kartläggning av komplementär och alternativmedicinsk forskning..... 617

Sammanfattning

Några av utredningens förslag i korthet:

- Gemensamt för flera av utredningens förslag är att de ska ge medborgarna bättre underlag för välinformerade val om de överväger att anlita komplementär och alternativ vård. Flera av förslagen rör också utredningens uppdrag att tillgodose säkerheten vid användning av komplementär och alternativ vård.
- En policy för att införa nya behandlingsmetoder i hälso- och sjukvården bör vara ursprungsneutral, dvs. komplementära metoder bör tas upp i hälso- och sjukvården på samma villkor som andra metoder. Vi föreslår att SBU får ett regeringsuppdrag att utvärdera de komplementära metoder som skulle kunna vara aktuella.
- För att förbättra hälso- och sjukvårdens insikter i komplementär och alternativ medicin (KAM), föreslår vi att utbildning om KAM motsvarande cirka 1–2 högskolepoäng införs på vissa vårdutbildningar. Syftet är att patienter och hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna föra samtal om KAM-metoder och därmed underlätta för patienter att fatta informerade beslut om sin vård. Vi föreslår att Socialstyrelsen och UKÄ får ett uppdrag att arbeta för att detta införs. Socialstyrelsen ska även, enligt förslaget, ta fram ett eget utbildningsmaterial om KAM för hälso- och sjukvårdspersonal.
- Utredningen har flera förslag för att förbättra allmänhetens tillgång till obunden information om komplementär och alternativ vård, bl.a. en särskild flik på 1177 Vårdguiden med Socialstyrelsen som källägare till informationen. Information med ett mer konsumenträttsligt fokus föreslås även läggas ut på Konsumentverkets sida ”Hallå konsument”.

- I tilläggsdirektiv har utredningen fått i uppdrag att göra en översyn av de avsnitt i Patientsäkerhetslagen som rör komplementär och alternativ vård. Detta kommer att redovisas i utredningens slutbetänkande.

Regeringen tillsatte i april 2017 en särskild utredare med flera uppdrag rörande ”annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården”. Utredningen antog namnet KAM-utredningen, där KAM står för komplementär och alternativ medicin.

I juli 2018 fick utredningen ett tilläggsuppdrag att se över de delar av patientsäkerhetslagen som reglerar begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder och de straffåtgärder som är knutna till dessa begränsningar. Genom tilläggsdirektiv i mars 2019 förlängdes tiden för utredningens uppdrag i denna del.

Utredningen sammanfattar här först de överväganden och förslag som läggs fram, detta utifrån de specifika uppdrag vi fått. Därefter sammanfattar vi det bakgrundsmaterial som samlats in, inklusive kartläggningar, genomgångar av tidigare utredningar och facklitteratur samt intervjuer med aktörer inom området. Sist i sammanfattningen beskriver vi hur utredningen arbetat. De definitioner som utredningen använt presenteras i Faktaruta 1.

Faktaruta 1: Definitioner

Utredningen har använt följande operationella definitioner, anpassade till utredningens direktiv:

Komplementär och alternativ medicin (KAM) är den komplementära och alternativa vårdens (KAV:s) idé- och kunskapsmässiga bas. Med komplementär och alternativ medicin/vård avses hälso- och sjukvårdsrelaterade metoder och andra åtgärder som helt eller huvudsakligen tillämpas utanför hälso- och sjukvården.

Integrativ vård syftar till att under vissa villkor integrera komplementära metoder med de metoder som hälso- och sjukvården använder.

Hälso- och sjukvård är den vård som utförs av yrkesutövare som står under IVO:s tillsyn och som antingen har vetenskaplig evidens eller stöds av beprövad erfarenhet bland professionerna inom hälso- och sjukvården.

Uppdrag 1 och 2: Lagöversyn

Ur utredningens direktiv:

> … utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar för den som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör begränsas.

Ur utredningens tilläggsdirektiv:

> … göra en översyn av bestämmelserna i 5 och 10 kap. patientsäkerhetslagen och annan för uppdraget relevant lagstiftning […]. Utredaren ska även lämna nödvändiga författningsförslag.

Dessa båda uppdrag kommer att redovisas i utredningens slutbetänkande som ska redovisas senast den 31 maj 2019.

Uppdrag 3 och 4: Forskning och utvärderingsmetoder

Ur utredningens direktiv:

> … genomföra en kartläggning av aktuella forskningsresultat och pågående forskning när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården.

samt

> … kartlägga vilka olika utvärderingsmetoder som används för sådana behandlingar. Därutöver ska redovisas i vilken mån de alternativa metoderna genomgår klinisk prövning enligt gängse praxis samt vilka eventuella hinder som finns för sådan prövning.

En bibliometrisk analys (kvantitativ analys av publicerade vetenskapliga artiklar och lärobokskapitel), initierad av utredningen, visade att det årligen i världen publiceras minst 5 000 artiklar och bokkapitel som rör KAM. Detta utgör 0,5–0,6 procent av samtliga publikationer inom medicin, hälsa och närliggande forskningsområden. Svenska forskare publicerar cirka 70 vetenskapliga KAM-artiklar årligen. Av dessa handlar en femtedel om kliniska prövningar av KAM-system eller KAM–metoder. Forskning kring mind-body-terapier och akupunktur dominerar. Ämnesmässigt är den svenska KAM-forskningen snarlik den internationella frånsett ett större fokus på kvinnohälsa i den svenska forskningen.

Med några få undantag är de svenska forskargrupperna små. Samarbetet mellan svenska KAM-forskare är påfallande svagt utvecklat och tvärvetenskaplig KAM-forskning tillhör undantagen. Få av de mest citerade svenska artiklarna rör originalstudier.

Systematiska översikter av den internationella litteraturen visar att det publicerats ett mycket stort antal vetenskapliga publikationer om vissa KAM-terapier, främst akupunktur, homeopati och body-mind-terapier. På grund av metodproblem och spretande resultat är det dock svårt att dra säkra resultat av studierna.

Vetenskapsrådet (VR), Karolinska Institutet och Ekhagastiftelsen är ledande finansiärer av svensk KAM-forskning. De flesta KAM-företrädare utredningen intervjuat anser att KAM-forskningens största problem är otillräcklig finansiering. Med undantag för Ekhagastiftelsen och Sjöbergstiftelsen avvisar de forskningsfinansiärer vi intervjuat tanken på öronmärkta medel för KAM-forskning. Åtminstone ett landsting (Östergötland) avsätter särskilda medel för forskning och utveckling inom KAM-området.

Utredningen har inte haft som uppdrag att komma med förslag inom området KAM-forskning. Vi har dock ett konkret förslag som vi bedömer vara relativt lätt att realisera:

– vissa nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården kan kompletteras med variabler som kan bidra till att bygga upp kunskap om KAM-metoder.

Många av de KAM-förespråkare vi intervjuat har framhållit att de forskningsmetoder som används i dagens forskning inom området medicin och hälsa inte lämpar sig för KAM-området. I stället för kliniska prövningar önskar de fler patientberättelser och andra typer av kvalitativ forskning samt att större vikt läggs vid observationsstudier. KAM-utövare framhåller också att de bör engageras i forskningen. Det EU-finansierade CAMbrella-projektet har utarbetat en vägkarta för europeisk KAM-forskning.

Uppdrag 5: Policy för att införa KAM-metoder i hälso- och sjukvården

Ur utredningens direktiv:

> … lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som i dag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård.

Vi har tagit oss an detta uppdrag genom att först föra ett resonemang kring begreppen *vetenskap och beprövad erfarenhet* och *evidensbaserad medicin.* Vi redogör för de system som i dag finns för att utvärdera behandlingsmetoder och diskuterar de ospecifika effekter som en behandling kan ha.

Begreppet *vetenskap och beprövad erfarenhet* förekommer, utan att ha definierats, i patient- och patientsäkerhetslagarna. I hälso- och sjukvårdens system för kunskapsstyrning finns det ändå strukturer för att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka och vad som är beprövad erfarenhet.

Både KAM-förespråkare och förespråkare för evidensbaserad medicin (EBM) inom hälso- och sjukvården lägger stor tyngd vid utfall av direkt betydelse för patienten. EBM-förespråkarna brukar dessutom betona att terapimetoderna inte ska stå i strid med allmänt accepterad vetenskap inom t.ex. biofysik, biokemi, fysiologi eller psykologi (rimlighetskriterium).

När en terapi utvärderas uppstår nästan alltid frågor kring ospecifika effekter. Detta gäller såväl de terapier som används i hälso- och sjukvården som de som används inom KAM. Ospecifika effekter (placeboeffekter i bred mening) handlar i mycket om vad som anses vara ”god läkekonst” som kan förbättra utfallet av en behandling. Denna uppfattning har integrativ, komplementär och alternativ vård gemensam med hälso- och sjukvård.

Förtroende- och förväntansskapande åtgärder är förenliga med den evidensbaserade medicinens grundprinciper. Att använda placebobehandling under förespegling att den har specifika effekter kan däremot komma i konflikt med patientens rätt att fatta egna välinformerade beslut. KAM-utövarna framhåller dock i regel att KAM-terapierna har specifika effekter.

Vi har gått igenom ett begränsat antal metoder som tidigare betraktades tillhöra KAM-området men som numera åtminstone delvis

införts i svensk hälso- och sjukvård. Kunde vi där spåra någon gemensam policy? Vi konstaterade att det saknas ett gemensamt mönster för hur tidigare KAM-metoder kommit att accepteras i hälso- och sjukvården.

I hälso- och sjukvården finns en modell för att införa nya metoder i offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Viktiga komponenter i kunskapsstyrningen är systemiska kunskapsöversikter med evidensgradering, en nationell prioriteringsmodell där patientens behov av vård väger tungt samt nationella och regionala eller lokala riktlinjer. Utredningen anser att denna infrastruktur kan tillämpas också på de KAM-metoder som skulle vara aktuella att införas i hälso- och sjukvården. Infrastrukturen bör således vara ursprungsneutral, dvs. det bör inte införas något särskilt spår för att introducera metoder med KAM-bakgrund. Vi framhåller vikten av att de metoder som används för att utvärdera en viss metod bör anpassas till frågeställningen och diskuterar i vad mån observationsstudier och kvalitativa studier kan bidra i utvärderingar av KAM-metoder.

För att ge ett tillräckligt gott underlag för prioriteringar föreslår vi att Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) får ett regeringsuppdrag att inventera vilka KAM-metoder som skulle kunna vara aktuella att införa i hälso- och sjukvården samt genomföra de granskningar av det vetenskapliga underlaget som bedöms vara särskilt angelägna.

Uppdrag 6: Öka kontakter och förståelse för att öka patientsäkerheten

Ur utredningens direktiv:

> … bidra till att öka kontakterna och förståelsen mellan den etablerade vården och den vård som är utanför den etablerade vården i syfte att öka patientsäkerheten. Om kommunikationen behöver förbättras ska förslag till sådana förbättringar lämnas.

”Ökad förståelse” kan tolkas på flera olika sätt. Vi har bedömt det som orealistiskt att ge förslag som syftar till att KAM-utövare och hälso- och sjukvårdens medarbetare generellt ska dela kunskapssyn och förklaringsmodeller. I stället lämnar vi förslag där hälso- och sjukvårdens medarbetare får ökad kunskap om KAM och om det tänkande som ligger bakom de vanligaste KAM-systemen och KAM-metoderna.

Utredningen föreslår utbildning om KAM motsvarande 1–2 högskolepoäng på grundutbildningar för viss legitimerad personal inom hälso- och sjukvården. Syftet är att patienter och hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna föra samtal om KAM-metoder och därmed underlätta för patienter att fatta informerade beslut om sin vård. Ökad kunskap om KAM-metoder och möjliga interaktioner med hälso- och sjukvårdens metoder kan bidra till ökad patientsäkerhet.

Utredningen föreslår ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att tillsammans med Universitetskanslersämbetet (UKÄ) föra en dialog med lärosätena om införandet av utbildningsmoment om KAM på vårdutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, farmaceuter, dietister och psykologer baserade på ovanstående resonemang. Vi föreslår att Socialstyrelsen dessutom får i uppdrag att ta fram utbildningsmaterial om KAM för personal inom hälso- och sjukvården.

Andra förslag i utredningen som kan bidra till ”ökade kontakter och ökad förståelse” mellan KAV och hälso- och sjukvård rör variabler om KAM i vissa nationella kvalitetsregister, en policy för på vilka villkor KAM-metoder ska kunna tas upp i hälso- och sjukvården samt ett system för information till allmänheten som kan användas även av medarbetare i hälso- och sjukvården.

Uppdrag 7: Informationssystem

Ur utredningens direktiv:

> … lämna förslag till ett system som bidrar till att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välövervägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ.

Utredningen anser att det finns ett behov av obunden svensk information om vad olika KAM- metoder innebär och vad man vet om deras nytta och risk. Dessutom bör det finnas lättillgänglig information om vad man generellt bör ta reda på om en behandlare om man överväger att vända sig till KAV.

Information riktad till allmänhet, patienter och hälso- och sjukvårdspersonal bör främst finnas samlad på ett ställe. På denna portal bör man kunna söka information utifrån såväl KAM-metod som specifika symtom eller diagnos. Utredningen föreslår att en redaktion knyts till Socialstyrelsen och att Socialstyrelsen därmed står som källägare till informationen om KAM. Redaktionen bör ta stöd av

bl.a. representanter för brukare, KAM-utövare, hälso- och sjukvård och myndigheter. I syfte att underlätta produktionen av information bör Sverige samarbeta med Norge och Danmark för att kunna utgå från den information om KAM som finns eller håller på att byggas upp på portaler i dessa länder. Innehållet bör ses över av den svenska redaktionen på Socialstyrelsen.

Vi bedömer att 1177 Vårdguiden är mest lämpad att ansvara för att informationen om KAM görs tillgänglig för allmänheten i en KAM-portal. Informationen på 1177 kan även vara kunskapskälla för hälso- och sjukvårdspersonal som söker orienterande information om KAM-metoder.

På myndigheters hemsidor finns det i dagsläget ingen lättillgänglig information om regelverk, försäkring eller instanser att vända sig till om man vill framföra klagomål på en KAM-utövare. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen även ges i uppdrag att samordna myndigheters generiska information om KAM. IVO bör dessutom uppdras att tydliggöra sin roll avseende klagomålshantering på KAM-området.

Utredningen föreslår att Konsumentverket ges i uppdrag att presentera konsumentvägledande generisk information om KAM på sidan ”Hallå konsument”.

Patientsäkerhet

Även om utredningen inte haft något specifikt uppdrag inom patientsäkerhetsområdet, framhålls i våra direktiv särskilt behovet av ökad patientsäkerhet. Flera av utredningens förslag är ägnade att stärka säkerheten vid integrativ, komplementär och alternativ vård.

Det förslag till ny lag om vissa förbud för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vårdåtgärder som kommer att presenteras i utredningens slutbetänkande syftar till att bl.a. förbättra patientsäkerheten för fler personer med allvarlig sjukdom än i dag. Några av våra förslag syftar till att ge den som överväger att söka KAV bättre underlag för att avgöra om man vill använda sig en specifik terapi och utövare. I det förslag om oberoende information om KAM-terapier som beskrivs ovan ingår att det ska finnas information om eventuella risker.

En av våra bedömningar rör en ökad dialog och samverkan mellan KAM-branschen och Konsumentverket. En sådan samverkan skulle på sikt kunna leda till branschöverenskommelse mellan Konsumentverket och de större organisationerna i KAM-branschen. Överenskommelsen skulle i sådant fall syfta till att tydliggöra för KAM-utövare vilka regler och villkor som gäller för branschen. Den skulle även syfta till att ge den som överväger att söka KAV bättre underlag för att välja en utövare som möter vissa krav på t.ex. utbildning och hantering av klagomål.

Vårt uppdrag att föreslå en policy för att införa KAM-metoder i hälso- och sjukvården har också en patientsäkerhetsaspekt. Vi föreslår att KAM-metoder inte ska ha något eget spår utan införas enligt samma modell för kunskapsstyrning som tillämpas för andra metoder som är aktuella att införas i hälso- och sjukvården. Det innefattar en granskning av behandlingens möjliga risker.

Vårt förslag att införa utbildningsmoment om KAM och KAV i flera vårdutbildningar har också det patientsäkerhetsdimensioner. Om det genomförs, finns förutsättningar för mer förtroendefulla samtal om patienten överväger komplementära metoder. Risken för interaktioner kan reduceras, liksom risken att patienten avslutar verksam behandling som ordinerats i hälso- och sjukvården. Vårt förslag att i vissa kvalitetsregister införa KAV-variabler ger förutsättningar att mer systematiskt än hittills belysa säkerhetsfrågor vid användning av KAV.

Tidigare utredningar

KAM-frågor har utretts vid flera tillfällen under 1900- och 2000-talet. En av utredningarna, Alternativmedicinkommittén (SOU 1989:60), hade i uppdrag att ta helhetsgrepp på dessa frågor, andra utredningar har behandlat delfrågor inom KAM-området.

I den nuvarande patientsäkerhetslagen finns en paragraf (5 kap. 1 §) om hälso- och sjukvårdande åtgärder som utförs av annan än hälso- och sjukvårdspersonal. Denna bestämmelse har sitt ursprung i ett förslag från 1956 av Kvacksalveriutredningen i betänkandet *Utövande av läkekonsten*, som i sin tur hade sin utgångspunkt i lag-

stiftning från 1915. Utredningens förslag resulterade i *Lagen om förbud i vissa fall mot yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*, (allmänt kallad ”kvacksalverilagen”) 1960.

Förändringar i denna lagstiftning har föreslagits av Alternativmedicinkommittén 1989, Behörighetskommittén 1996, Patientsäkerhetsutredningen 2008 och utredningen Kompetens och ansvar 2010. Förslagen har bl.a. gällt höjning till 15 år av åldersgränsen för förbud att behandla barn, slopande av förbudet att lämna skriftliga råd utan personlig undersökning, förbud att behandla allvarliga psykiska sjukdomar (förslag om att frågan borde utredas vidare), förbud mot vilseledande användning av skyddade yrkestitlar vid marknadsföring samt ett mer allmänt förslag att se över lagstiftningen kring KAM. Inget av dessa förslag har resulterat i förändrad lagstiftning. Däremot har utredningsförslag att överföra den tidigare ”kvacksalverilagen” till andra lagar genomförts, först överföring till lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) och, från 2010, till patientsäkerhetslagen.

Påfallande få av de andra förslag tidigare utredningar lämnat har resulterat i konkreta förändringar. Några av dessa ej realiserade förslag har varit obligatorisk medicinsk basutbildning för KAM-utövare, informationsportal om alternativa behandlingsformer och särskilt stöd till alternativmedicinsk forskning. Till de frågor som utretts särskilt ofta men där utredningarna kommit till olika slutsatser hör register över KAM-utövare. Inget registerförslag har genomförts.

Yrkesorganisationer och utbildningar

Utan anspråk på att vara heltäckande har utredningen identifierat ett 30-tal yrkesorganisationer inom området komplementär och alternativ vård. De flesta föreningarna har någon form av etiska riktlinjer och en del har krav på ansvars- och patientskadeförsäkringar.

De flesta yrkesorganisationer driver också intressefrågor. Dit hör t.ex. informationsspridning, kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor, krav på mer forskning, yrkeslegitimation och bättre ekonomiska förutsättningar för KAV.

Yrkesorganisationerna ställer i regel krav på utbildning om en specifik metod och ibland även på utbildning i basmedicin. Utbildningarna inom KAM-området bedrivs nästan undantagslöst i privat regi.

Utredningen har kartlagt om det i universitetens och högskolornas vårdutbildningar finns inslag av utbildning om KAM. Sådana inslag förekommer i liten utsträckning och de varierar stort mellan lärosäten och programutbildningar. Ett fåtal valbara kurser och fristående kurser med inslag av KAM har identifierats.

Det saknas sammanställd officiell statistik över KAV-utövare eller KAV-företag i Sverige. I de yrkesorganisationer som utredningen har information om medlemsantal finns sammanlagt cirka 8 000 medlemmar. Dock är långt ifrån alla KAV-utövare medlemmar i en yrkesorganisation. Enligt statistik vid Statistiska centralbyrån fanns det 21 900 företag år 2017, de allra flesta enmansföretag, där verksamheten uppges vara ”annan öppen hälso- och sjukvård utan läkare” eller kroppsvård – det är sannolikt att många av dessa erbjuder någon form av KAV.

Som svar på en enkät till landsting och regioner framkom några exempel på aktiviteter inom KAM- området, exempelvis visst icke-ekonomiskt stöd till integrativ vård, information om KAV, utbildning i mindfulness och projekt kring grön rehabilitering.

Användning och attityder

I en kartläggning identifierades 20 svenska vetenskapliga artiklar och opinionsundersökningar publicerade 1987–2018, där användning av KAV och attityder till KAV kartlagts antingen i befolkningen eller i avgränsade patientgrupper. I undersökningarna med högst svarsfrekvens och som är från de senaste 20 åren har 17–39 procent av befolkningen uppgivit att de anlitat KAV eller använt KAM-preparat under de senaste två veckorna eller under det senaste året. I andra studier har högre andelar, upp till cirka 70 procent, rapporterats. Oftast har även kiropraktik och naprapati inkluderats. De flesta av befolkningsstudierna har rapporterat att fler kvinnor än män använder sig av KAV eller av KAM-preparat. Flera studier har också funnit att högre utbildningsnivå (i regel knuten till högre medelinkomst)

och sämre självupplevd hälsa har samband med högre KAV-användning.

Bland patienter med olika sjukdomsdiagnoser har andelar som använder någon form av KAV vid det aktuella tillfället eller under det senaste året varit 29–58 procent.

De vanligast använda metoderna, utöver kiropraktik och naprapati, har varit massage, akupunktur och ”KAM-preparat” samt avslappningsövningar som exempelvis yoga.

Internationella utblickar

Utredningen har inhämtat information om lagstiftning och andra aspekter på KAM i de nordiska länderna och, i viss utsträckning, i Frankrike, Storbritannien, Tyskland och USA. I de flesta länder finns begränsningar för andra än legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att behandla personer med allvarliga sjukdomar, t.ex. cancer. I Danmark, Island och Norge finns särskild lagstiftning inom KAM-området och frivilliga register över KAM-utövare. I Danmark och Norge kan behandling i KAV vara momsbefriad under vissa villkor. Norge har som enda nordiska land ett nationellt forskningscentrum för komplementär och alternativ behandling.

En liten andel av tyska läkare vidareutbildar sig inom ett KAM-område, t.ex. akupunktur, antroposofisk medicin eller homeopati. För vård som utförs av andra än läkare finns i Tyskland en särskild reglering som bl.a. begränsar vilka sjukdomar man får behandla. Den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen finansierar i regel inte öppenvårdsbehandling med KAM-metoder.

I Storbritannien finns ingen reglering om vem som får utöva KAV. Däremot finns begränsningar i vilka sjukdomar som utövarna får behandla.

USA har reglering på delstatsnivå om vilka tjänster KAM-utövare får utföra. Offentligt finansierade försäkringssystem betalar i regel inte för KAV, men det gör privata sjukvårdsförsäkringar i ökande utsträckning. I USA finns också ett nationellt center för KAM, National Center for Complementary and Integrative Health.

Översikt över KAM och KAV

KAM-området innefattar ett brett spektrum av system och terapier. Utredningen grupperar KAM-system och KAM-terapier i fem kategorier: (a) terapeutiska system, (b) manuella och andra kroppsinriktade terapier, (c) mind-body-terapier och psykologiskt orienterade terapier, (d) örtmediciner och andra terapeutiska preparat samt (e) övriga terapier. Inom dessa kategorier ger vi exempel på sju KAM-system och ett 30-tal KAM-metoder, valda utifrån att de är vanligt förekommande, principiellt intressanta eller särskilt omdiskuterade. Dessutom beskrivs ett fåtal alternativmedicinska diagnostiska metoder.

Några teman återkommer ofta när förespråkare för KAM själva beskriver verksamheten. Dit hör systemens och terapiernas historiska bakgrund, holism, inriktning på individen, förekomst av energier och energibalans, åberopande av nya fysikaliska teorier och fenomen, mobilisering av de egna läkande resurserna och fokus på välbefinnande snarare än sjukdom.

Vissa allmänna värderingar kan bidra till ett intresse för KAM. Dit hör fokus på eget välbefinnande, självförverkligande, pluralism och kritisk inställning mot ”etablissemanget”. Kommersiella krafter och stort intresse i traditionella och sociala media kan också bidra. Vetenskapliga studier har visat att det finns vissa drivkrafter som förekommer särskilt ofta bland dem som söker sig till KAV, t.ex. strävan efter det ursprungliga, det naturliga och det holistiska.

Utredningens direktiv innefattar frågor om patientsäkerhet. Vi har därför sökt information om vad som är känt om patientsäkerhet inom KAM-området. Ett stort antal biverkningar och vårdskador, även dödsfall, har rapporterats i den internationella och svenska litteraturen. Detta ska ställas i relation till den mycket utbredda användningen av dessa terapier. Utsättning av verksam terapi ordinerad av hälso- och sjukvården kan vara särskilt riskfylld vid svåra sjukdomar som t.ex. cancer och psykotisk sjukdom.

KAM-förespråkares kritik mot hälso- och sjukvården

I diskussionerna kring KAM och KAV är det vanligt att KAM-förespråkare riktar kritik mot hälso- och sjukvården. Kritiken gäller bl.a. att hälso- och sjukvården är kulturellt och sociopolitiskt be-

gränsad, att den har ett snävt biomedicinskt perspektiv, är alltför dyr, att den fokuserar på sjukdom i stället för hälsa samt att den i alltför hög utsträckning litar till vetenskaplig evidens och inte till annat som utgör basen för god vård. Vårdsökande som är kritiska mot hälso- och sjukvården pekar bl.a. på bristande tid vid patientmötet, brister i det personliga bemötandet och de förmodar att risken för biverkningar är större än vid KAM-terapi.

Debatten om KAM och KAV

Kritiska synpunkter på KAM och KAV framförs främst av vårdprofessioner och forskare inom medicin och naturvetenskap, liksom av personer som är allmänt skeptiskt inställda till vad man kallar pseudovetenskap. Centralt i kritiken mot KAM är att KAM anses ha bristande vetenskapligt stöd och att många KAM-metoder saknar rationella förklaringar. Enligt kritikerna kännetecknas många av dem som förespråkar KAM av kunskapsresistens och en allmän skepsis mot ”det medicinska etablissemanget”. Upplevda förbättringar hos de som söker KAM kan enligt kritikerna förklaras av bl.a. ospecifika effekter och spontana förbättringar.

Etiska aspekter på KAM

De flesta yrkesföreningar inom KAM-området har etiska regler för sina medlemmar. Dessa är snarlika de etiska regler som hälso- och sjukvårdens professioner har.

Hälso- och sjukvårdens ”klassiska” etiska principer om att göra gott, inte skada, vara rättvis och respektera självbestämmandet kan tillämpas också inom KAM-området. Utredningen diskuterar dessutom etiska frågor kring integritet, sekretess, informerat samtycke, medicinsk pluralism, hopp och kommersiella intressen ur KAM-perspektiv. Enligt den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården ska fördelning av offentligt finansierade resurser ske utifrån behov, inte utifrån efterfrågan. Eftersom KAM-verksamheterna är privatfinansierade, spelar efterfrågan här en större roll.

Hur utredningen arbetat

Utredaren har i enlighet med direktivet utsett en expertkommitté med företrädare och utövare som har sakkunskap inom KAM samt företrädare för forskare och utövare inom hälso- och sjukvården. Därutöver har företrädare för olika myndigheter under Socialdepartementet varit representerade i expertkommittén. Utredaren har inte strävat efter samsyn inom kommittén. Även om betänkandet till stora delar bygger på diskussioner med expertkommitténs medlemmar har dessa inte ansvar för innehållet.

Utöver sju sammanträdanden med expertkommittén har sekretariatet träffat varje expert i enskilda möten och experterna har lämnat skriftliga och muntliga synpunkter. En särskild arbetsgrupp har behandlat frågor kring psykisk ohälsa. Utredningen har i enlighet med direktiven samrått med Regeringskansliet (Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), företrädare för ett antal landsting, berörda myndigheter och övriga aktörer inom området. Vi har också samrått med flera andra offentliga utredningar. Därutöver har utredningen genomfört ett stort antal möten med personer verksamma inom KAM-området, hälso- och sjukvården, företrädare för professionsföreningar, fackliga organisationer, forskning, intresseorganisationer, forskningsfinansiärer, patientorganisationer, media, försäkringsbolag och politiker.

Utredningen har genomfört studiebesök i Sverige samt i Danmark, Norge och Tyskland. Utredaren och sekretariatet har även medverkat vid flera konferenser och seminarier samt genomfört ett större dialogmöte, dit de flesta som utredningen tidigare haft möten med inbjöds.

Underlag har inhämtats från vetenskaplig litteratur, läroböcker, offentliga utredningar, gällande rätt, förarbeten och rättspraxis samt från olika organisationers hemsidor.

Utredningen har använt enkäter för att få information om KAM i akademisk grundutbildning och vidareutbildning. Svenska yrkesorganisationer inom KAM-området och utbildningar för KAM-utövare har kartlagts. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen har för utredningen inventerat vilka utvärderingar av KAM-metoder som hanterats av respektive myndighet. För utredningens uppdrag att kartlägga KAM-forskning

har utredningen anlitat forskare vid Umeå universitet som genomfört en bibliometrisk analys.

I utredningen har vi gjort ett antal avgränsningar och prioriteringar. En viktig avgränsning är att utredningen inte behandlar läkemedel. Läkemedelsområdet är generellt sett ett välreglerat område. Vidare har utredningen valt att inte inkludera kost och kosttillskott, såvida de inte ingår i ett mer omfattande terapeutiskt system. Religiösa verksamheter eller verksamheter för personligt välmående som inte är kopplat till ohälsa omfattas inte av utredningen, inte heller personlig utveckling eller estetiska behandlingar. Frågor kring legitimationsyrken som exempelvis kiropraktor och naprapat, har behandlats av tidigare statliga utredningar. Det har inte ingått i vårt direktiv att ytterligare utreda frågor om legitimation.

Under utredningen har olika aktörer spontant försett oss med rikligt material om olika KAM-metoders effekter. Utredningen har, enligt direktivet, givit förslag på en policy för att utvärdera KAM-metoder som kunde vara aktuella att införa i hälso- och sjukvården. Vi har emellertid inte utvärderat enskilda metoder eller terapeutiska system.

Summary

Some of the inquiry's proposals in brief:

- Common to several of our proposals is to provide citizens with improved possibilities to make well-informed decisions if they consider seeking complementary or alternative care. Several of the proposals address safety issues in complementary and alternative care.
- A policy to introduce new therapeutic methods in healthcare should be neutral as to origin. This means that complementary methods should be introduced under the same conditions as other methods. We propose that the government commissions the Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services to evaluate complementary methods that may be candidates to be introduced in healthcare.
- To increase insights into complementary and alternative medicine (CAM) in healthcare, we propose that a short course on CAM is introduced in the education of several categories of healthcare professionals. The aim is that patients and healthcare professionals should be able to discuss questions on complementary and alternative care and thus facilitate patients' possibilities to make well-informed decisions. We propose that the National Board of Health and Welfare and the Swedish Higher Education Authority are commissioned to promote this introduction. We also suggest that the National Board of Health and Welfare is commissioned to develop teaching material on CAM aimed at healthcare professionals.

- We present several proposals to improve citizens' access to independent information on complementary and alternative care, including descriptions of methods used, at the national information website 1177 Vårdguiden. Improved consumer-directed information on complementary and alternative care with focus on consumer rights should be available at the website of the Swedish Consumer Agency.
- In an additional directive, the inquiry has been commissioned to review parts of the Patient Safety Act that address issues on complementary and alternative care. This will be presented separately in our final report.

In April 2017, the Swedish government appointed a special investigator to explore several issues concerning "care and treatment other than that conducted in the established care". The inquiry was titled The CAM Inquiry, CAM being the abbreviation of Complementary and Alternative Medicine.

In July 2018, the inquiry received an additional task to review the paragraph of the Patient Safety Act that concerns treatment by non-licensed therapists (formerly "the quackery law") and the accompanying penal provisions. This will be reported separately later.

In this summary, we first report on the inquiry's considerations and proposals according to our specific terms of reference. Then, we describe the background material we have collected, including mappings, reviews of previous governmental inquiries, published material and interviews with stakeholders in the area. Lastly, we describe how the inquiry has worked. Definition used by the enquiry are presented in Fact Box 1.

Fact Box 1. Definitions

To comply with the government's terms of reference, we have used operational definitions. Our definitions are close to those used in Norwegian and Danish legislation. The definition of healthcare is that of the Patient Safety Act.

Complementary and alternative medicine (CAM) is the conceptual and knowledge basis of complementary and alternative care (CAC). Complementary and alternative medicine/care means

healthcare-related methods and other interventions that are entirely or mostly applied outside of healthcare.

Integrative care aims at integrating complementary methods with the methods used in healthcare under certain conditions.

Healthcare is care provided by professionals that are subject to inspection by IVO, the Health and Social Care Inspectorate, and is based on either scientific evidence or proven experience among the healthcare professions.

Task 1 and 2: Review of the law

From the terms of reference:

> … review if the right for those who are not licensed healthcare professionals to treat certain serious mental disorders should be restricted.

From the terms of reference added in July 2018:

> … review the regulations in the 5th and 10th chapters of the Patient Safety Act and other relevant regulations […]. The investigator should also propose bills that are judged to be required.

Our proposals related to these two tasks will be presented separately in our final report.

Task 3 and 4: Research and methods of evaluation

From the terms of reference:

> … perform a mapping of present results of research and ongoing research as to methods of treatment used out of healthcare.

and

> … to map what different methods of evaluation that are used for [CAM] treatments. In addition, it should be reported to what extent the alternative methods that are subject to clinical testing in accordance with conventional practice and what possible obstacles to such testing that may exist.

We have commissioned a bibliometric analysis (qualitative analysis of the scientific literature) and interviewed stakeholders in this field, including researchers and funders of research. Worldwide, at least

5 000 articles and book chapters on CAM and CAC are published each year. This represents 0.5-0.6 percent of all publications in medicine, health, and adjacent topics. Swedish researchers publish around 70 articles per year. A fifth of these publications are on clinical trials of CAM systems or CAM methods. Research on body-mind therapies and acupuncture dominate. Topics in Swedish CAM research are similar to those of international research, with the exception of a greater focus on women's health and disease in Swedish research.

Swedish CAM research groups are, with a few exceptions, small. Collaborations between Swedish CAM researchers are strikingly sparse, and interdisciplinary research is uncommon. Of the most cited Swedish articles, few are on primary research.

Systematic reviews of the international literature show large numbers of scientific publications on certain types of CAM therapy, in particular acupuncture, homeopathy and body-mind therapies. Because of methodological problems and diverging results, it has been difficult to draw definite conclusions.

The Swedish Research Council, the Karolinska Institute and the Ekhaga Foundation are leading funders of Swedish CAM research. Most stakeholders in CAM research that we have interviewed consider insufficient funding to be the greatest obstacle. With the exception of the Ekhaga Foundation and the Sjöberg Foundation, research funding organisations that we have interviewed refute the idea of earmarked funding of CAM research.

Our inquiry was not commissioned to present proposals in the area of CAM research. We present, however, one proposal that seems to be relatively easy to realise:

– some of the national quality registers in healthcare could include CAC variables that may serve to promote knowledge on CAM methods.

Many of the CAM proponents we have met have emphasised that the research methods used in today's research in medicine and health are not well suited for the CAM area. Instead of clinical trials, they want to see more individual narratives and other types of qualitative research and more emphasis on observational studies. Concomitantly, we have met researchers in the CAM area who have underlined the importance of controlled trials on the effects of CAM methods. CAM practitioners also emphasise that they should be

involved in the research. The CAMbrella Project funded by the European Union (EU) has developed a roadmap for European CAM research.

Task 5: Policy to introduce CAM methods in healthcare

From the terms of reference:

> … propose a policy to evaluate and regulate therapeutic methods that do not belong to established healthcare today but that, after evaluation, could be a valuable component of such care.

The term *science and proven experience* is used in The Patient Act and The Patient Safety Act to describe the basis for healthcare. However, the term has not been defined. Science and experience often develop in interaction. In the Swedish system for governance by knowledge, there are structures to evaluate the strength of the scientific support and proven experience.

CAM proponents as well as proponents of evidence-based medicine (EBM) in healthcare emphasise outcomes that are important to patients. In addition, EBM proponents usually underline that therapeutic methods should not contradict commonly accepted science in, for instance, biophysics, biochemistry, physiology or psychology (a plausibility criterion).

When assessing any therapy, questions on unspecific effects arise. This applies to methods in healthcare as well as in complementary and alternative medicine. Unspecific effects (placebo effects in a broad sense) may also be regarded as biologically beneficial and an asset to be taken advantage of in healthcare and complementary and alternative care. They encompass much of what is considered as "art of care" that may improve outcomes. These factors are common to integrative, complementary and alternative care as well as healthcare.

Measures to promote confidence and positive expectations are in concert with the basic principles of EBM, while using placebo therapy under the prospect that it has specific effects is not in accordance with the individual's right to make well-informed decisions. However, CAM practitioners generally stress that the CAM therapies do have specific effects.

We have reviewed a limited number of methods that have previously been considered as CAM therapies and have now been partially

introduced in healthcare. Was it possible to discern a common pattern? We observed no such pattern.

In Swedish healthcare, there is a generally accepted model for introduction of new methods in publicly financed healthcare. Important components in this governance by knowledge are systematic reviews with grading of evidence, a national priority-setting model, and national and local guidelines with systematic follow-up of implementation in clinical practice. In the inquiry, we consider that this model also should be applied for CAM methods that are candidates to be adopted by healthcare. Thus, the model should be neutral as to origin, i.e., no special track for methods with a CAM origin should be initiated.

To provide a high-quality basis for priority-setting, we suggest that the government commission the Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services to perform an inventory of what CAM methods could be candidates to be introduced in healthcare and conduct assessments of the scientific support of those methods that are judged to be particularly relevant from this point of view.

Task 6: To promote contact and understanding in order to improve patient safety

From the terms of reference:

> … contribute to improve contacts and understanding between the established care and care out of the established care in order to improve patient safety. If the communication needs to be improved, proposals to this end shall be presented.

"Improved understanding" may be interpreted in various ways. We have deemed it unrealistic to present proposals aimed at CAM practitioners at large to share the epistemology and models of explanation of healthcare and vice versa. Instead, we propose that healthcare professionals improve their knowledge of CAM and CAC and the thinking underlying the most common CAM systems and methods. We also propose that the CAM professional organisations work to improve knowledge about the methods of healthcare and their underlying models of explanation.

In accordance, we advise universities and colleges involved in education of physicians, nurses, physiotherapists, psychologists and dieticians to introduce a brief CAM course. The aim is that patients and healthcare professionals should be able to discuss CAM methods and thus facilitate patients' possibilities to make well-informed decisions. Improved knowledge about CAM methods and possible interactions with healthcare methods could contribute to improved patient safety. We suggest that the National Board of Health and Welfare is commissioned to develop educational material on CAM and CAC for health care professionals.

Other proposals that serve to contribute to "improved contacts and understanding" between CAC and healthcare concern CAM variables in selected national quality registers, a policy for accepting CAM methods in healthcare and a system for information to the public on CAM and CAC, which may also be used by healthcare professionals.

Task 7: Information system for citizens

From the terms of reference:

> … deliver a proposal of a system that contributes to patients getting such information that is needed to make well-informed choices of care and avoid unserious and hazardous treatment options.

Presently, independent public information in Swedish on CAM and CAC is only presented in fragments on websites such as the official information site of the public healthcare providers ("1177 Vårdguiden") or at websites of governmental agencies. An independent information system would improve the possibilities for citizens to exert an influence on their own care.

We deem that there is a need for independent information in Sweden on what characterises various CAM methods, what is known about possible benefits and risks and what a potential customer/patient should know more generally if use of a CAM is considered.

Information directed to citizens and healthcare staff should be available at a common portal and searchable by therapeutic methods, symptoms and diagnoses. We propose that an editorial board is placed at the National Board of Health and Welfare and that this authority is source owner of the information. The editorial board is

proposed to be supported by an advisory committee including representatives of users, CAM practitioners, healthcare and governmental agencies. To facilitate the production of information, we suggest agreements with existing information sites in Norway and Denmark. This information should be adapted to the Swedish setting by the editorial board.

We consider the information site 1177 Vårdguiden to be the most appropriate site for making the information available to the citizens. The information at 1177 may also be a source of information for healthcare staff seeking information on CAM methods.

At the websites of governmental agencies in the healthcare arena, there is no easily accessed information on regulations, insurances or where to turn for complaints on a CAM treatment or a CAC practitioner. We therefore propose that the National Board of Health and Welfare be commissioned to coordinate generic information on CAC to citizens by governmental authorities. In addition, the Health and Social Care Inspectorate (IVO) should be mandated to clarify its role concerning handling of complaints in the CAM area.

We propose that the Swedish Consumer Agency is commissioned to provide generic information on CAM at its website "Hallå konsument".

Proposals to improve patient safety

Although not included in our specific tasks, the need for improved patient safety is emphasised in more general terms in the terms of reference. Several of our proposals are aimed at strengthening safety in complementary and alternative care.

Our upcoming review of the Patient Safety Act regarding care provided by non-healthcare professionals will focus on safety issues. This part of the inquiry will be presented in a later report.

A couple of our proposals aim at providing a person who uses CAC improved information to make well-informed decisions. The suggested information system described above includes information on what is known about possible health hazards.

Our proposed policy for introducing CAM methods in healthcare also has a patient safety dimension. We suggest that CAM methods should not have a special track but be introduced according

to the same model as other methods that are candidates to be adopted in healthcare. This includes a review of what is known about possible risks.

Also, our proposal to introduce an education package on CAM and CAC has patient safety aspects. If it is materialised, there are prerequisites for more improved, more trustful communication on CAC issues between patients and healthcare professionals. The risk for interactions as well as the risk that the patient terminates effecttive treatment prescribed in healthcare will be reduced. Our proposal to include CAC variables in some of the national quality registers in healthcare will create the possibility to follow-up on safety issues in a more systematic way, when CAC is used.

Proposals directed to CAC practitioners and their organisations

In addition to proposals directed toward governmental agencies, universities and colleges and publicly financed healthcare, we find a need for the CAC sector to ascertain good patient safety. Thus, CAC professional organisations are encouraged to ensure that CAM practitioners have basic education about the methods used in healthcare and their underlying models of explanation. Safety aspects, such as a risk for interruption or reduction of effective treatment and possible interactions with treatment prescribed in healthcare should be addressed.

We emphasise the need for a strengthened dialoque between the CAC sector and the Swedish Consumer Agency. A collaboration could result in a branch agreement between the major CAC organisations and the Agency. If so, the agreement would clarify relevant rules and regulations for CAC practitioners. It would also provide the citizen who considers using CAC a basis for selection of a practitioner that meets certain standards regarding education, insurance and handling of complaints.

Our general task was to investigate the question of a possible national register of CAC practitioners, but not a specific term of reference on this point. This question has been reviewed by previous governmental inquiries. None of the proposals has led to any initiatives by the government.

Some of the CAM professional organisations have registers of their member that are publicly available on websites. If such organisations sign branch agreements with the Swedish Consumers Agency, it will become easier for those seeking CAC to identify what organisations that exist and to what extent they work on systematic quality improvement and safety issues among their members. We estimate that registers kept by the CAM organisations, combined with branch agreements, at least partly meet the requirements that citizens may, in a reasonably safe manner, identify appropriate practitioners. In view of this and previous difficulties in realising propositions on a national register by governmental inquiries, we consider the potential advantages of a register run by the state not being in proportion to the resources that would be required.

Previous inquiries

CAM issues have been the subject of several previous governmental inquiries. One of these (1989) was commissioned to deal with the entire CAM area, whereas others have concerned limited questions within the CAM area.

In the present Patient Safety Act, one of the paragraphs concerns healthcare-related interventions by non-licensed practitioners. This act dates back to a year 1915 law with successive minor modifications since then. Modifications of parts of this law/paragraph have been suggested by four inquiries since 1989, not resulting in any substantial changes.

It is also striking that very few of the other proposals by previous inquiries have been implemented. These have included compulsory basic medical education for CAM practitioners, register of CAM practitioners, an independent public-oriented information system on CAM methods, and targeted support for CAM research.

Professional organisations and educations

Without any claim to be complete, we have identified approximately 30 professional CAM organisations in Sweden. Most of them are oriented toward a particular method or therapeutic system, but there

are also umbrella organisations. The majority have some kind of ethical guidelines and some require that members have insurance.

Most professional organisations are also running more general questions like dissemination of information, quality and patient safety issues, requests for more research, licensing and improved economic conditions for CAM practitioners.

Usually, the organisations request their members to have training in a specific method, sometimes also basic medical education. CAM education is, with very few exceptions, privately run.

We have also mapped to what extent the education of healthcare professionals-to-be involves knowledge about CAM. Such elements appear but to a low extent, varying considerably between universities. A few optional courses with CAM elements have been identified, usually corresponding to one month of study.

No compiled official statistics on CAM practitioners or CAM enterprises exist in Sweden. The total membership of CAM organisations known to us is around 8 000, but far from all practitioners are members of any professional organisation. According to Statistics Sweden, there are 21 900 enterprises, most of them with sole proprietors, in which the activities is reported to be "other human health activities not elsewhere classified" or "physical well-being activities"; it is likely that many of them offer some kind of CAC.

In an inquiry to providers of publicly financed healthcare, only a few CAM-related activities emerged, for example non-financial support to integrative care, information on CAC, education in mindfulness and projects on green rehabilitation.

Use of CAM and attitudes

We identified 20 Swedish surveys (scientific studies or polls) published in the years 1987–2018, in which the use of CAM and/or attitudes about CAC had been mapped either in the population at large or in restricted groups of patients. In surveys with the best coverage from the last 20 years, 17–39 percent of the population report that they have used CAC or taken CAM medicines during the preceding year. In other studies, higher proportions (up to approximately 70 percent) have been reported. Most often, this has included the use of chiropractic and naprapathy. A majority of the population

studies have reported more frequent use of CAM, including CAM medicines, by women compared to men. Many studies have also observed that a higher level of education (in general associated with higher income) and lower self-estimated health are associated with CAC use.

Among patients with diagnosed disease, the proportion that have been using some form of CAC at the time of survey or during the preceding year has been 29–58 percent.

The most commonly used CAM methods, apart from chiropractic treatment and naprapathy, are medical massage, acupuncture, CAM medicines and relaxation techniques, such as medical yoga.

International outlooks

We have collected information on regulations and other aspects of CAM in the Nordic countries and, to a limited extent, in France, Germany, the UK and the US. In most countries, there are restrictions on the treatment of serious disorders, for example cancer, by others than licensed healthcare staff. In Denmark, Iceland and Norway, there is special legislation regarding CAM and voluntary national registers of CAM practitioners. In Denmark and Norway, CAC may be exempted from VAT under certain circumstances. Norway is the only Nordic country with a national research centre for CAC.

A small proportion of German physicians have a supplementary education in a CAM field, such as acupuncture, anthroposophical medicine or homeopathy. In Germany, there is special regulation of care conducted by others than licensed healthcare professionals that includes limitations on what medical conditions are permitted to be treated. The compulsory German health insurance does not cover out-patient CAC treatment, although there are a few exceptions. Some insurance companies have a CAC profile and cover a broader spectrum of CAC interventions.

In the UK, there is no legislation on who may practice CAC. However, there are restrictions on what disorders the practitioners are allowed to treat.

In the US, there are state regulations on what services a CAM practitioner may offer. Usually, publicly financed insurance systems

do not cover expenses for CAC, but private insurances do so to an increasing extent. A national centre for complementary and integrative health has been in operation since 1991.

Review of CAM and CAC

The CAM area involves a broad spectrum of diagnostic and therapeutic systems and methods. We classify the therapies into five categories: (a) therapeutic systems, (b) manual and other body-oriented therapies, (c) mind-body-therapies and other psychological therapies, (d) natural medicines and other therapeutic products and (e) other therapies. We describe examples of seven CAM systems and some 30 CAM therapies in total, chosen because they are common, principally interesting or particularly controversial. In addition, we describe a few CAM diagnostic methods.

Some recurrent themes when CAM proponents are describing CAM are presented. Examples are the historical background of many CAM systems and therapies, holism and focus on the individual, energies, reference to new physical theories and phenomena, mobilisation of a person's healing capacities and focus on well-being rather than disease.

Some common societal values may contribute to an interest in CAM, for instance a focus on personal well-being and fulfilment, pluralism and a critical attitude toward "the establishment". Commercial interests and widespread attention in traditional and social media may also contribute. Scientific studies have shown some motivations that occur particularly often in people seeking CAC, for instance striving for the original, the natural and the holistic.

The inquiry's terms of reference include issues on patient safety. We have therefore searched for information on patient or customer safety in the CAM area. A national register on adverse effects does not exist. From the scientific literature, we give examples of adverse effects and harm related to acupuncture, homeopathy, treatment with herbal medicines and psychologically oriented therapies. A considerable number of adverse and harmful events have been reported, mild as well as serious, even fatal. This should be seen in the light of the widespread use of these CAM therapies. Termination of effective

treatment prescribed by healthcare may involve particularly high risks in patients with serious diseases, such as cancer or psychosis.

Criticism of healthcare by CAM proponents

In discussions of CAM and CAC, it is common that CAM proponents criticise healthcare. The criticism includes healthcare being culturally and sociopolitically constrained, having a narrow biomedical perspective, being too expensive and focusing on disease rather than health. It is also said to rely too heavily on scientific evidence and not on other elements of good care. People seeking medical attention who are critical of healthcare point out the lack of time at consultations and shortfalls in the personal encounter, and they often presume that the risks of CAM treatment are lower than those in healthcare.

The debate on CAM and CAC

Criticism of CAM and CAC primarily comes from healthcare professionals, scientists in medicine and natural sciences as well as from other people with a sceptical standpoint regarding what they call pseudoscience. A considered lack of scientific evidence and lack of plausible explanation are crucial elements of this critique. According to the critics, many of the CAM proponents are characterised by knowledge resistance and a general scepticism against "the medical establishment". Perceived improvements reported by people seeking CAC may, according to the critics, be explained by unspecific effects, spontaneous improvement or other mechanisms not directly related to the specific treatment.

Ethical aspects of CAM and CAC

Most professional organisations in the CAC sector have ethical guidelines for their members. They are usually similar to those adopted by healthcare professional organisations.

The four "classical" ethical principles in healthcare (beneficence, non-maleficence, autonomy and justice) may be applied also in the

CAM area. In addition, we discuss, from an ethical perspective, questions on integrity, secrecy, informed consent, medical pluralism, hope and commercial interests. According to the Swedish ethical platform for prioritisation in healthcare, allocation of publicly financed resources should be by need, not demand. Since CAC is privately financed, demand plays a greater role.

How we have worked

The investigator appointed an expert committee with insights into CAM (both proponents and a critic), a representative of CAM practitioners, and representatives of governmental agencies, healthcare professions and healthcare providers. The investigator did not strive for consensus in the expert committee. Although the report is based on discussions with the members of the expert committee members, they are not responsible for the content of the report.

In addition to meetings with the expert committee and its individual members, they have commented on preliminary versions of the text. A special working group was appointed for questions on CAM treatment of mental disorders. We have consulted with the Ministry of Health and Social Affairs and the Ministry of Education, governmental agencies concerned, representatives of regional healthcare provider and other actors in the area. We have also consulted other governmental inquiries working on topics close to CAM. In addition, we have had a large number of meetings with CAM practitioners, healthcare professionals and their representatives, labour unions, researchers, research funding organisations, patient organisations, media, insurance companies and politicians.

We have made study visits in Sweden, Norway, Denmark and Germany, participated in conferences and seminars and arranged a dialogue meeting to which all interviewees were invited.

Information was collected from scientific literature, textbooks, governmental reports, existing regulations and their preparatory work, court decisions and websites.

Questionnaires were used to survey academic education on CAM and continuing education on CAM. We mapped Swedish CAM professional organisations and reviewed non-academic education in CAM. The Swedish Agency for Health Technology Assessment and

Assessment of Social Services and the National Board of Health and Welfare have made inventories of their activities in the CAM area. A bibliometric analysis of the scientific CAM literature, with special emphasis on Swedish research, has been performed by researchers at Umeå University.

We have made several delineations and set priorities. However, we have not addressed various kinds of drugs; the drug area is generally well regulated in Sweden. We have not included diets and food supplements, unless they constitute a part of a therapeutic system. Interventions to promote general well-being and not related to illness have not been covered, nor have aesthetic interventions and religious activities.

During our work, many actors have supplied us with extensive material on the effects of different CAM methods. In accordance with the terms of reference, this inquiry proposes a policy for evaluation of CAM methods that could be candidates to introduce in Swedish healthcare, but we have not evaluated single methods or therapeutic systems.

Inledning

Regeringen tillsatte i april 2017 en utredning med flera uppdrag rörande ”annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården”. Utredningen antog namnet KAM-utredningen, där KAM står för komplementär och alternativ medicin, den internationellt mest förekommande benämningen. I utredningen använder vi uttrycket komplementär och alternativ vård (KAV) när vi avser det praktiska utövandet av KAM. Dessutom använder vi begreppet integrativ vård när KAV integreras med hälso- och sjukvård.

KAM är svårfångat. Det kan röra sig om omfattande system för hur man betraktar hälsa och ohälsa, t.ex. antroposofisk medicin, ayurvedisk medicin och traditionell kinesisk medicin. Det kan också handla om specifika behandlingsmetoder som akupunktur, zonterapi eller örtmediciner. Vissa av KAM-metoderna har uråldriga traditioner, andra är helt nya. Några har tydlig religiös eller annan livsfilosofisk bakgrund, andra är baserade på fysiologiska resonemang.

Många söker sig till KAV för att de tycker att KAV ger något annat, eller något utöver, vad hälso- och sjukvården ger. I utredningen gör vi en översikt över de svar som den vetenskapliga litteraturen ger på frågan: Varför söker sig människor till KAV? Vi ger också en översikt över KAM-system och KAM-metoder som är vanliga i Sverige eller principiellt särskilt intressanta.

Utifrån direktivet har vi i utredningen kartlagt KAM-forskningen inklusive de metoder som används för att utvärdera KAM-metoder, behandlat frågan om ökad kunskap om KAM bland hälso- och sjukvårdens medarbetare och sett över möjligheterna för allmänheten att få neutral information om KAM och KAV. På dessa punkter kommer vi med förslag. Vi föreslår, också utifrån vårt direktiv, vilken policy som bör användas för att ta upp KAM-metoder i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Utredaren Kjell Asplund är professor emeritus i medicin vid Umeå Universitet. Han har varit generaldirektör för Socialstyrelsen och är ordförande för Statens medicinsk-etiska råd (Smer). Han har länge arbetat med prioriteringsfrågor i hälso- och sjukvården, bl.a. som sakkunnig i den statliga Prioriteringsutredningen. Hans forskning inom KAM-området inkluderar studier av åderlåtning, ginkgo och akupunktur.

Till utredningen har en expertkommitté knutits. Även om betänkandet i många avseenden bygger på diskussioner med expertkommitténs medlemmar, har den särskilde utredaren ensam ansvaret för innehållet.

I juli 2018 fick utredningen ett tilläggsuppdrag att se över den del av patientsäkerhetslagen som reglerar begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder och de straffåtgärder som är knutna till dessa begränsningar. Detta uppdrag kommer, enligt tilläggsdirektiv från mars 2019, att redovisas separat tillsammans med uppdraget i 2017 års direktiv att ”utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar för den som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör begränsas”.

Del 1

BAKGRUND

1 Utredningens uppdrag och tillvägagångssätt

1.1 Utredningsuppdrag

Utredningens direktiv (dir 2017:43) beslutades vid regeringssammanträde den 27 april 2017. Syftet med utredningen är att öka patientinflytande och patientsäkerhet vid vård och behandling som bedrivs utanför den etablerade hälso- och sjukvården.

Enligt direktivet ska den särskilda utredaren

- genomföra en kartläggning av aktuella forskningsresultat och pågående forskning när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården
- kartlägga vilka olika utvärderingsmetoder som används för sådana behandlingar. Därutöver ska redovisas i vilken mån de alternativa metoderna genomgår klinisk prövning enligt gängse praxis samt vilka eventuella hinder som finns för sådan prövning
- bidra till att öka kontakterna och förståelsen mellan den etablerade vården och den vård som är utanför den etablerade vården i syfte att öka patientsäkerheten. Om kommunikationen behöver förbättras ska förslag till sådana förbättringar lämnas
- lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som i dag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård
- lämna förslag till ett system som bidrar till att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välövervägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ

- utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar för den som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör begränsas.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019. Utredningens direktiv återfinns i sin helhet i bilaga 1.

Den 5 juli 2018 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen (dir 2018:63), se bilaga 2. Enligt tilläggsdirektiven får utredaren i uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna i 5 och 10 kap. patientsäkerhetslagen och annan för uppdraget relevant lagstiftning bl.a. avseende tillämpbarhet och systematik.

Den 7 mars 2019 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv till utredningen (dir 2019:4), se bilaga 3, som innebär att uppdraget enligt tilläggsdirektivet den 5 juli 2018, ska redovisas senast den 31 maj 2019.

1.2 Tillvägagångssätt

Utredningen har antagit namnet KAM-utredningen, där KAM står för komplementär och alternativ medicin, se vidare kapitel 2. Utredaren har i enlighet med direktivet utsett en expertkommitté med företrädare och utövare som har sakkunskap inom KAM, inklusive den internationella utvecklingen inom denna samt företrädare för forskare och utövare inom hälso- och sjukvården. Därutöver har företrädare för olika myndigheter under Socialdepartementet varit representerade i expertkommittén.

När det i detta betänkande talas om utredningen eller vi avses utredaren med stöd av utredningssekretariatet. Expertkommitténs medlemmar har valts så att de representerar ett brett spektrum av inställning till KAM-området. Utredningen har därför inte strävat efter samsyn inom kommittén. Även om betänkandet till stora delar bygger på diskussioner med expertkommitténs medlemmar har dessa inte ansvar för innehållet.

Utredningen har hållit sju sammanträdanden med expertkommittén och därutöver träffat varje expert i enskilda möten. Experterna har getts tillfälle att lämna synpunkter muntligen och skriftligen på utredningens textförslag. Utredningen har även haft möten

med en särskild arbetsgrupp inom psykiatri. Utredaren och sekretariatet har i enlighet med direktiven samrått med Regeringskansliet (Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), företrädare för ett antal landsting, berörda myndigheter och övriga aktörer inom området.

Utredningen har också samrått med andra offentliga utredningar, bl.a. utredningen Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09) och utredningen Reglering av yrket undersköterska (S 2017:07). Utredningen har även samrått med Socialstyrelsen angående myndighetens regeringsuppdrag om estetiska behandlingar som kräver medicinsk kompetens samt Statskontoret om regeringsuppdraget om att följa upp och utvärdera ett mer ändamålsenligt klagomålssystem. Utredningen har också haft en dialog med Konsumentverket angående förbättrad konsumentsäkerhet och KAM. Därutöver har utredaren och sekretariatet genomfört ett stort antal möten med personer verksamma inom KAM-området, hälso- och sjukvården, företrädare för professionsföreningar, fackliga organisationer, forskning, landsting och regioner, andra myndigheter utöver de som nämnts, intresseorganisationer, forskningsfinansiärer, patientorganisationer, media, försäkringsbolag, politiker m.fl. Dessa förtecknas i bilaga 4.

Utredningen har genomfört studiebesök i Sverige, bl.a. hos Friskcentralen Helheten i Örebro, Hälsans hus Stockholm och Vidar Rehab (tidigare Vidarkliniken) i Järna. Utredningen har också gjort studieresor till andra länder: Tyskland, Norge och Danmark. Utredaren och sekretariatet har även medverkat i ett flertal konferenser och seminarier. Utredningen har genomfört ett större dialogmöte, dit de flesta som utredningen tidigare haft möten med bjöds in. Syftet med dialogmötet var att presentera utredningens kartläggning, analys och preliminära förslag, diskutera och inhämta synpunkter.

Underlag har även inhämtats från litteratur, offentliga utredningar, forskningsstudier, gällande rätt, förarbeten och rättspraxis.

Utredningen har skickat ut tre enkäter. Med hjälp av Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening har utredningen skickat ut en enkät om fortbildning inom KAM. SKL har bistått utredningen med att skicka ut en enkät till landstingen för att få en bild av landstingens eventuella aktiviteter inom området KAM. Utredningen har även skickat ut en enkät till svenska universitet och

högskolor som berörde utbildningar i KAM. Utredningen har kartlagt och kort beskrivit yrkesorganisationer inom KAM-området. I detta arbete har företrädare för samtliga organisationer som kartlagts getts möjlighet att komma med synpunkter på respektive beskrivning. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har för utredningen inventerat vilka utvärderingar av KAM-metoder som myndigheten genomfört. Socialstyrelsen har på motsvarande sätt inventerat i vad mån KAM-metoder bedömts i arbetet med nationella riktlinjer. För utredningens uppdrag att ”genomföra en kartläggning av aktuella forskningsresultat och pågående forskning när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården” har utredningen anlitat forskare vid Umeå universitet för att genomföra en bibliometrisk analys.

1.3 Avgränsningar

I utredningen har vi gjort ett antal avgränsningar och prioriteringar. En viktig avgränsning är att utredningen inte direkt behandlar läkemedel. Däremot kommer läkemedel beröras indirekt exempelvis i samband med patientsäkerhet (frågor om interaktioner och avbrytande av behandling m.m.). Läkemedelsområdet är generellt sett ett välreglerat område. Läkemedel anges inte heller som ett område i direktiven som utredningen specifikt ska ägna sig åt. De flesta läkemedel är förstås inte heller att betrakta som KAM, men det finns undantag. Homeopatiska läkemedel är det mest uttalade undantaget då registrerande myndighet inte gör någon bedömning avseende effekt av dessa och användningsområde inte får anges. Att de homeopatiska preparaten ändå klassificeras som läkemedel är en anpassning till den gemensamma lagstiftningen inom EU. Fram till nyligen har även dispens getts för försäljning av antroposofiska medel, men detta undantag har avskaffats från och med 1 juli 2018 efter vissa ändringar av läkemedelslagen (proposition 2017/18:91). Traditionella växtbaserade läkemedel kan också räknas som KAM. På traditionella växtbaserade läkemedel ställs det lägre krav än på konventionella läkemedel avseende hur effekten och säkerheten styrks. Det räcker att visa att preparatet eller dess aktiva komponent *de facto* haft en långvarig medicinsk användning.

Utredningen har inte heller gått in på legitimationsyrkenas verksamheter, däribland kiropraktik och naprapati, eller om ytterligare yrkesgrupper borde vara aktuella för legitimation eller, tvärtom, inte ha legitimation. Kiropraktor och naprapat är legitimerade yrken sedan år 1999 respektive år 1994, vilket innebär att de är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och bl.a. inte omfattas av de särskilda bestämmelser som finns i patientsäkerhetslagen rörande behandlare inom KAM. Däremot kommer kiropraktik och naprapati nämnas i olika sammanhang i betänkandet, eftersom det tidigare ansetts vara KAM i Sverige och då metoderna fortfarande betraktas som KAM i många länder.

Kostråd och kosttillskott ingår i många KAM-system, bl.a. yoga, funktionell medicin och naturopati. Det finns dock uppenbara gränsdragningsproblem om de är att betrakta som KAM eller inte. Utredningen har därför valt att generellt inte inkludera kost och kosttillskott.

Religiösa verksamheter eller verksamheter för personligt välmående som inte är kopplat till ohälsa (exempelvis gymverksamhet som erbjuder yoga), eller personlig utveckling samt estetiska behandlingar inkluderas heller inte i utredningen. Socialstyrelsen redovisade den 30 september 2018 ett regeringsuppdrag om estetiska behandlingar som kräver medicinsk kompetens. Utredningen återkommer emellertid till denna rapport i avsnitt 3.8 då delar av förslagen har beröringspunkter med utredningens uppdrag.

Utredningen har heller inte gått närmare in på rehabiliteringsområdet eller företagshälsovårdsområdet. Vissa metoder inom KAM-området kan också återfinnas inom rehabiliteringsområdet. Även här finns gränsdragningsproblem. Utredningen har dock haft som fokus att se över gränssnittet KAM och hälso- och sjukvård.

2 Termer och definitioner

I denna utredning används följande termer och definitioner:

- ***Hälso- och sjukvård*** är den vård som utförs av yrkesutövare som står under IVO:s tillsyn och som antingen har vetenskaplig evidens eller stöds av beprövad erfarenhet bland professionerna inom hälso- och sjukvården.
- ***Komplementär och alternativ medicin*** **(KAM)** är den ***komplementära och alternativa vårdens*** **(KAV:s)** idé- och kunskapsmässiga bas. För dessa båda begrepp tillämpas en operationell definition anpassad till utredningens direktiv. Med komplementär och alternativ medicin/vård avses hälso- och sjukvårdsrelaterade metoder och andra åtgärder som helt eller huvudsakligen tillämpas utanför hälso- och sjukvården.
- ***Integrativ vård*** syftar till att under vissa villkor integrera komplementära metoder med de metoder som hälso- och sjukvården använder.

2.1 Inledning

Begreppet *alternativmedicin* började användas i Sverige i mitten av 1970-talet. Under de två följande decennierna kom begreppet *komplementär medicin* att användas allt oftare, detta för att markera att terapierna kan användas dels parallellt med insatser inom hälso- och sjukvård, dels också av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (1). Med detta har begreppet *alternativmedicin* kommit att reserveras för åtgärder som utförs utan samtidiga åtgärder inom hälso- och sjukvård. Det sammanfattande begreppet *komplementär och alternativ medicin* (KAM) har kommit att bli det mest använda i internationell litteratur och i professionella kretsar.

Från 2000-talet har begreppen *integrativ medicin* och *integrativ vård* introducerats för att lyfta fram att metoder med KAM-ursprung kan integreras i hälso- och sjukvård.

Det förekommer också andra närliggande termer som vi inte använder i detta betänkande annat än när det rör sig om citat. *Traditionell medicin* brukar beteckna medicinska system och terapier med tydliga kulturella rötter, t.ex. från Kina eller Indien. När det rör sig om ursprung i svensk och samisk kultur (kloka gubbar, kloka gummor, leddragare, schamaner etc.) är det vanligaste att man i stället talar om *folkmedicin*[1].

Som redovisas nedan, har utredningen valt att använda termerna komplementär och alternativ medicin (KAM) respektive komplementär och alternativ vård (KAV). Dessutom används termerna integrativ medicin och integrativ vård. KAM-området innefattar ett brett spektrum av system och terapier utan någon helt gemensam nämnare annat än att verksamheterna bedrivs huvudsakligen utanför hälso- och sjukvården. Några av de teman som återkommer särskilt ofta när förespråkare för KAM själva beskriver verksamheten redovisas i kapitel 9.

I detta kapitel redovisar vi några definitioner av KAM som presenterats av olika nationella och internationella organisationer. Vi redogör därefter för utredningens överväganden och förslag beträffande begrepp och definitioner.

Det finns definitioner som baseras på en kritisk inställning till komplementär och alternativ medicin och som utgår från vilket vetenskapligt underlag som finns, exempel ges i kapitel 11.

2.2 Termer och definitioner i tidigare utredningar

Alternativmedicinutredningen (SOU 1989:60) använde begreppet *alternativ medicin* i sitt betänkande (2). Med begreppet avsågs åtgärder som syftar till att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador och som inte har godtagits i hälso- och sjukvården. Begreppet *komplementär medicin* ansågs synonymt med alternativ medicin. I betänkandet anfördes att begreppet ofta används

[1] Internationellt har *folkmedicin* definierats som ”traditionell medicin som inte utövas yrkesmässigt, särskilt av människor som är isolerade från moderna medicinska tjänster och vanligtvis innefattande användning av växtbaserade medel på empirisk grund” (Merriam-Webster Medical Dictionary, utredningens översättning från engelska).

utomlands och då betecknar främst alternativmedicinska åtgärder som utförs av läkare.

I AKM-registerutredningen, SOU 2004:123 (3), valde utredaren att använda begreppen *alternativ- respektive komplementärmedicin*. Utredaren konstaterade att det i och för sig kan diskuteras om ”medicin” är den lämpligaste benämningen på verksamheten, eftersom det trots allt kan leda tankarna till att det handlar om vård som vilar på vetenskaplig grund. Utredaren konstaterade också att de olika definitionerna för termerna alternativ och komplementär inte är entydiga och att benämningen komplementärmedicin inte heller täcker in den verksamhet som uteslutande utförs utanför den allmänna hälso- och sjukvården. Utredaren valde därför att använda båda termerna tillsammans när verksamheten beskrevs och av praktiska skäl användes samlingsbeteckningen och förkortningen AKM – dvs. alternativ- eller komplementärmedicin. Utredaren valde att inte använda förkortningen KAM då den används av en av branschorganisationerna i Sverige (Kommittén för komplementär och alternativ medicin).

I Behörighetsutredningen SOU 2010:65 (4) konstaterades att det förekommer flera olika termer, begrepp och definitioner av den hälso- och sjukvårdsinriktade verksamhet som bedrivs utanför hälso- och sjukvården. Utredningen valde, liksom AKM-registerutredningen, att använda benämningen alternativ- och komplementärmedicin och förkortningen AKM i sitt betänkande.

Två av senare års utredningar har således använt begreppet alternativ och komplementär medicin (i den ordningen) med förkortningen AKM. Beteckningen och förkortningen har dock inte fått något genomslag i Sverige.

2.3 Definitioner använda av internationella organisationer

Världshälsoorganisationen (WHO)

Följande definitioner återfinns i WHO:s programpresentationer (5) och har översatts av utredningen från engelska. Något mer omfattande versioner finns i WHO:s strategi för traditionell medicin 2014–2023 (6).

Traditionell medicin

Traditionell medicin är den totala summan av kunskap, färdigheter och vårdutövande som baseras på de teorier, trosuppfattningar och erfarenheter som är ursprungliga för olika kulturer, vare sig de är explicita eller inte, och som används för att upprätthålla hälsa, liksom i prevention, diagnos, förbättring eller behandling av fysisk eller psykisk sjukdom (6).

Komplementär och alternativ medicin

Termerna ”komplementär medicin” eller ”alternativmedicin” används i vissa länder utbytbart med traditionell medicin. De avser en bred uppsättning av hälso- och sjukvårdsutövning som inte är en del av det landets egna tradition och inte är integrerade i det dominerande hälso- och sjukvårdssystemet.

Traditionell och komplementär medicin

Detta är ett sammanfattande begrepp för traditionell och komplementär medicin och omfattar produkter, utövande och utövare.

Integrativ medicin

WHO har tagit upp termen *integrative medicine* i sin strategi för traditionell medicin 2014–2023 (6). Där framhålls att det finns många definitioner men att alla inbegriper att föra samman konventionella och komplementära tillvägagångssätt på ett samordnat sätt. Vidare sägs:[2]

Integrativ medicin och hälsa bekräftar vikten av relationerna mellan terapeut och patient, fokuserar på hela patienten, bygger på evidens och använder sig av alla lämpliga terapi- och livsstilsåtgärder, hälso- och sjukvårdsprofessioner och discipliner för att nå optimal hälsa och läkning.

Cochrane Collaboration

Cochrane Collaboration är ett stort internationellt nätverk som gör systematiska kunskapssammanställningar inom hälso- och sjukvård och närliggande områden. Inom nätverket finns en lång rad ämnesområden, varav komplementär medicin är ett (7). Inom Cochrane Collaboration används följande definition (8).[3]

[2] Utredningens översättning från engelska.
[3] Utredningens översättning från engelska.

> Komplementär och alternativ medicin är ett brett fält av läkemetoder som innefattar alla hälsosystem, modaliteter och utövande och de teorier och trosuppfattningar som är knutna till dem förutom de som ingår i det politiskt dominerande hälso- och sjukvårdssystemet i ett specifikt samhälle eller kultur i en given historisk period. Komplementär medicin inkluderar alla sådana vårdformer och idéer som egendefinieras av deras användare som förebyggande och behandling av sjukdomar eller främjande av hälsa och välbefinnande. Gränserna inom komplementär medicin och mellan det dominerande systemet är inte alltid skarpa eller beständiga.

EU-projektet CAMbrella

CAMbrella var ett EU-finansierat projekt där situationen inom KAM-området i Europa undersöktes under åren 2010–2012. CAMbrella använde vad man betecknade som en pragmatisk definition av KAM (9):[4]

> KAM, som det används av europeiska medborgare, utgörs av en uppsättning olika medicinska system och terapier som baseras på kunskap, färdigheter och praktiker som härstammar från teorier, filosofier och erfarenheter vilka används för att bibehålla och förbättra hälsan, liksom för att förebygga, diagnosticera, lindra eller behandla fysiska och psykiska sjukdomar. KAM-terapier används huvudsakligen utanför konventionell hälso- och sjukvård, men i många länder upptas några av terapierna i den konventionella medicinen eller anpassas till den.

2.4 Definitioner använda av nationella organisationer

Danmark

I den danska lagen om frivilligt branschadministrerat register för alternativa behandlare definieras en alternativ behandlare som en person som utövar hälsomässig verksamhet utanför den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och som inte omfattas av Patientsäkerhetsstyrelsens tillsyn (”Styrelsen for Patientsikkerhed”) för verksamheten, vilket personer inom hälso- och sjukvården står under (10).[5]

Legitimationsyrken är i Danmark bl.a. läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, fysioterapeuter och kiropraktorer.

[4] Utredningens översättning från engelska.
[5] Utredningens översättning från danska.

Som exempel tar styrelsen akupunktur. Oavsett om behandlingen utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller icke-legitimerad akupunktör räknas det som alternativ behandling eftersom det rör sig om en metod som huvudsakligen utförs utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Även akupunktur utförd på sjukhus eller utförd av legitimerad fysioterapeut med egen klinik faller under definitionen alternativ behandling eftersom den kan utövas även av personer utan legitimation (11).

Norge

Alternativ behandling finns definierad i den norska lagen om alternativ behandling av sjukdom m.m. (12).[6]

> Med alternativ behandling menas hälsorelaterad behandling som utövas utanför hälso- och sjukvården och som inte utövas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Behandling som utövas i hälso- och sjukvården och omsorgen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal omfattas likaså av begreppet alternativ behandling när man använder metoder som i allt väsentligt används utanför hälso- och sjukvården och omsorgen.

USA

I USA använder *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH) följande definitioner (13, 14).[7]

Komplementär och alternativ medicin (engelsk förkortning CAM)

> En grupp av diverse medicinska system och hälso- och sjukvårdssystem och produkter som inte allmänt anses vara del av den konventionella medicinen som den utövas av läkare och osteopater (”Doctors of Osteopathy”) och anknuten hälso- och sjukvårdspersonal som fysioterapeuter, psykologer och legitimerade sjuksköterskor.

[6] Utredningens översättning från norska.
[7] Utredningens översättningar från engelska.

Komplementär medicin

> Användning av icke-etablerad (eng. non-mainstream) medicin tillsammans med konventionell medicin.

Alternativmedicin

> Användning av icke-etablerad (eng. non-mainstream) medicin i stället för konventionell medicin.

Integrativ hälsa

NCCIH använder begreppet *integrative health*. Någon precis definition kan inte återfinnas på NCCIH:s hemsidor. NCCIH använder begreppet integrativ medicin när man talar om att komplementära åtgärder inkorporeras i etablerad vård (13).

Australien

I Australien använder *National Institute of Complementary Medicine* (NICM) den definition som Cochrane Collaboration tagit fram (se ovan), detta med en modifiering: man använder enbart begreppet komplementär medicin, inte alternativmedicin (15).

2.5 Definitioner använda av svenska centra

Osher centrum för integrativ medicin vid Karolinska Institutet presenterar på sin hemsida begreppet integrativ medicin (16):

> Integrativ medicin syftar till att främja hälsa och motverka sjukdom genom utveckling och integration av evidensbaserad kunskap från olika discipliner och traditioner för att komplettera den etablerade medicinen. Genomgående tillämpas strikt vetenskaplig metodik för att utvärdera mekanismer, behandlingseffekter, effektivitet och användning i samhället.

Forskargruppen *Integrativ vård* vid *Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle* vid Karolinska Institutet tillämpar WHO:s definitioner (se ovan)[8].

[8] Intervju med forskargruppen 2017-10-02. Gruppledare Torkel Falkenberg har haft en central roll i utformningen av WHO:s strategi.

Gemensamt för de båda definitionerna är att de innefattar krav på vetenskaplig evidens. Oshercentrets definition är dock mer detaljerad när det gäller det vetenskapliga underlaget, WHO:s när det gäller patientfokus.

De definitioner som använts i kartläggningar av forskning och tillämpning av KAM i Sverige redovisas i de avsnitt där vi redogör för dessa kartläggningar (kapitel 13 och avsnitt 6.5).

2.6 Utredningens överväganden

De termer och definitioner utredningen använder redovisas i den inledande rutan i detta kapitel. I det följande redogör vi för de överväganden som lett fram till dessa termer och definitioner.

Suffixen medicin och vård

Begreppet *medicin* betecknar en inriktning (”skola”), där ett system för hälsofrämjande och förebyggande insatser, diagnostik, behandling och rehabilitering lärs ut. Även om systemet explicit kan ha målet att vara individorienterat, handlar det fortfarande om ett system, inte om individuell tillämpning av systemet. Det har ifrågasatts om man överhuvudtaget ska använda begreppet *medicin* för metoder utanför hälso- och sjukvården, eftersom själva begreppet kan innebära viss legitimitet – många svenska organisationer och utövare inom KAM-området har termen *medicin* i sina namn och yrkesbeteckningar (3, 17). Det som ändå talar *för* begreppet *medicin* i komplementär och alternativ medicin (KAM) är att KAM (eng. CAM) är så etablerat internationellt.

Begreppet *vård* innebär den praktiska tillämpningen av systemet hos enskilda individer. Det är också det begrepp som använts i direktiven till denna utredning (”annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården”).

Mot bakgrund av dessa överväganden har vi i denna utredning valt att använda båda begreppen *medicin* och *vård*. Vi använder termen *medicin* när vi avser ett idé- och kunskapsmässigt system, *vård* när vi avser den praktiska tillämpningen för enskilda individer.

Komplementär medicin, komplementär vård

Kartläggningar har visat att en stor andel av personer med upplevd ohälsa, symtom eller fastställd sjukdom använder metoder utanför hälso- och sjukvården parallellt med åtgärder inom hälso- och sjukvården. Begreppet är därför väl valt.

Alternativ vård

Det framhålls ofta, t.ex. av det amerikanska *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH) (13) att det är ovanligt att personer använder metoder utanför hälso- och sjukvården utan att samtidigt behandlas inom hälso- och sjukvården. Det finns dock exempel på befolkningsstudier som visat att en betydande andel som vänder sig till alternativ vård gör det utan att först ha haft kontakt med konventionell hälso- och sjukvård (18). Därför är det motiverat att behålla begreppet alternativ vård för den situation när den vårdsökande vänder sig uteslutande till utövare utanför hälso- och sjukvården.

Komplementär och alternativ medicin och vård (KAM, KAV)

Det är okänt hur många i Sverige som vänder sig till alternativ vård utan att samtidigt ha kontakt med hälso- och sjukvården. Dessutom är det i stort sett samma metoder som används i komplementär respektive alternativ vård. Begreppet *Complementary and alternative medicine (CAM)* är internationellt det klart vanligaste. Av dessa anledningar anser vi att det finns tillräckliga skäl för att använda samlingsbegreppet *komplementär och alternativ medicin* respektive *vård* (KAM eller KAV). Dessa båda begrepp används i denna utredning, medan vi bara i undantagsfall talar isolerat om komplementär medicin respektive alternativmedicin.

En del av de definitioner som lanserats av internationella organisationer är programmatiska till sin karaktär. De är svåra att använda i vår utredning när uppdragen utgår från ”etablerad” respektive ”icke-etablerad” vård.

Mot denna bakgrund har utredningen definierat komplementär och alternativ medicin och vård:

> Med komplementär och alternativ medicin/vård avses hälso- och sjukvårdsrelaterade metoder och andra åtgärder som helt eller huvudsakligen tillämpas utanför hälso- och sjukvården.

Definitionens karaktär gör att den måste betraktas som operationell och anpassad till utredningens uppdrag, dvs. en konkret och förenklad definition av ett svårfångat begrepp. Den definition av KAM och KAV utredningen valt ligger nära de definitioner som används i den norska lagen om alternativ behandling och i den danska lagen om branschadministrerat register (se ovan).

Integrativ vård

Det saknas enhetlig definition av integrativ vård (19). Kravet på vetenskaplig dokumentation när metoder med ursprung i KAM integreras i hälso- och sjukvård framställs med olika kraft i olika dokument. Inte ens kraftfulla förespråkare för integrativ vård hävdar att alla terapier och andra åtgärder som i dag används inom KAM skulle vara aktuella för integrering i hälso- och sjukvården. Till detta kommer att termen *integrativ* inte sällan används inom andra, närliggande områden, då med annan innebörd (t.ex. *integrativ fysiologi* och *integrativ psykologi*).

Därför föredrar vi i utredningen att använda termerna KAM och KAV mer övergripande och använda termen *integrativ vård* när vi specifikt menar just integrering av KAM-metoder i hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvård

I såväl facklitteraturen som i samhällsdebatten används en rad olika begrepp om det som i utredningens direktiv benämns *etablerad vård*. Vi listar här några av de många begrepp som varit aktuella (i bokstavsordning):

- allopatisk medicin
- biomedicin
- etablerad medicin, etablerad vård
- hälso- och sjukvård

- konventionell medicin, konventionell vård
- modern medicin
- reguljär medicin, reguljär vård
- skolmedicin
- västerländsk medicin.

I utredningen har vi valt begreppet *hälso- och sjukvård* och diskuterar här varför vi finner detta vara bättre än något av de andra alternativen.

Begreppet *hälso- och sjukvård* används i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (20). I 2 kap. 1 § definieras hälso- och sjukvård som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. Begreppet hälso- och sjukvård och med samma definition återfinns även i patientlagen (2014:821) (21). I patientsäkerhetslagen (2010:659) återfinns likaså begreppet hälso- och sjukvård (1 kap. 2 §) (22). Där sägs också: ”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet” (6 kap. 1 §). Med stöd av lagstiftningen använder vi begreppet *hälso- och sjukvård* i stället för *etablerad vård*.

Många KAM-företrädare ställer KAM och integrativ vård i motsats till *biomedicin* som då likställs med det som vi i utredningen benämner hälso-och sjukvård. Detta är problematiskt av flera skäl, bl.a. därför att (a) mycket stora delar av hälso- och sjukvården handlar om förklaringsmodeller och värden som inte har biomedicinsk grund, och (b) det finns KAM-metoder som tydligt gör anspråk på att bygga på biomedicinska förklaringsmodeller, t.ex. biofeedback, funktionsmedicin och probiotisk terapi. Enligt utredningens mening är beteckningen *biomedicin* alltför snäv som beskrivning av hälso- och sjukvårdens innehåll.

Begreppet *allopatisk medicin* myntades av homeopatins grundare Samuel Hahnemann. Han avsåg i första hand användning av läkemedel inom den då etablerade hälso- och sjukvården. Begreppet används i dag främst av homeopater, delvis även av andra KAM-förespråkare, och man avser då i regel den ”västerländska” hälso- och sjukvården i bredare mening. Trots att begreppet allopatisk medicin funnits i närmare två århundraden har det inte nått någon större utbredning i Sverige. Vi bedömer det vara mindre lämpligt att försöka sprida denna term.

Med begreppet *skolmedicin* avses den kunskap som förmedlas genom vårdutbildningar vid de svenska universiteten och högskolorna. Det används vanligen som kontrast till KAM och folkmedicin. Det skulle vara fullt möjligt som alternativ till begreppet hälso- och sjukvård, men är något problematiskt, bl.a. för att det för somliga kan knyta an till skolhälsovård, för andra till den medeltida skolastiken.

Begreppen *konventionell medicin, konventionell vård, modern medicin, västerländsk medicin, etablerad medicin och etablerad vård* används oftast synonymt. *Konventionell vård* och *etablerad vård* är begrepp som inte är fria från värderingar och som lägger viss tyngd på det statiska i en vård som ändå är under snabb utveckling. *Modern vård* har en värdeladdning, överbetonar tidsdimensionerna och bortser från att mycket av dagens hälso- och sjukvård har rötter mycket långt tillbaka i tiden. Begreppet *västerländsk medicin* stänger dörren för influenser från andra kulturer.

Efter dessa överväganden har utredningen fastnat för att använda uttrycket *hälso- och sjukvård*. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 1 kap. 4 § (22) avses med begreppet *hälso- och sjukvårdspersonal* ”den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården”, ”personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter” samt ”den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare”. Detta innebär en tydlig avgränsning mot de yrkesutövare som arbetar med hälsofrämjande åtgärder eller behandlar ohälsa utan att ha legitimation eller biträda någon med legitimation.

En fråga som uppstår är: Hur ska man betrakta metoder som inte allmänt accepterats inom hälso- och sjukvården men som i viss utsträckning utförs av hälso- och sjukvårdspersonal? Om det är en metod som huvudsakligen utövas av icke-legitimerade personer så är det enligt den definition utredningen använder en KAM-metod. För att en metod eller annan åtgärd ska betraktas som hälso- och sjukvård krävs *antingen* tillräckligt vetenskapligt stöd för att metoden/åtgärden har gynnsamma effekter (och att dessa överväger riskerna) *eller* rimlig samsyn bland professionerna inom hälso- och sjukvården. Denna tolkning har stöd i såväl patientlagens som patientsäkerhetslagens krav på att hälso- och sjukvården ska bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet diskuteras i kapitel 14.

Referenser

1. Eklöf M. Mångfald och gränser på den medicinska marknaden. In: Eklöf M., editor. Perspektiv på komplementär medicin. Lund: Studentlitteratur; 2004.
2. Alternativmedicinkommittén. Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén. SOU 1989:60.
3. Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- och komplementärmedicin. SOU 2004:123. www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2004/12/sou-2004123/ (hämtad 2019-01-19).
4. Kompetens och ansvar. SOU 2010:65. www.regeringen.se/contentassets/ad298017b0eb4b8698fdd5a275480bae/kompetens-och-ansvar.-betankande-av-2009-ars-behorighetsutredning-hela-dokumentet-sou-201065 (hämtad 2019-01-19).
5. World Health Organization. Traditional medicine. Definitions. www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/ (hämtad 2019-01-19).
6. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1 (hämtad 2019-01-19).
7. Cochrane Complementary Medicine. http://cam.cochrane.org/ (hämtad 2019-01-19).
8. Zollman C., Vickers A. What is complementary medicine? BMJ. 1999;319:693–6.
9. CAMbrella Project. The Roadmap for European CAM Research. An Explantion of the CAMbrella Project and its Key Findings. Tryckt dokument utan förlag och år som inte kan återfinnas på internet (snarlikt dokument på nätet innehåller ingen definition).

10. Lov om branscheadministreret registreringsordning for alternative behandlere. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=9900 (hämtad 2019-01-19).

11. Styrelsen for patientsikkerhedsråd vedrørende alternativ behandling. Dansk definition af alternativ behandling. www.srab.dk/om-alternativ-behandling/hvad-er-alternativ-behandling/dansk-definition-af-alternativ-behandling/ (hämtad 2019-01-19).

12. Lov om alternativ behandling av sykdom mv. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64 (hämtad 2019-01-19).

13. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name? https://nccih.nih.gov/health/integrative-health (hämtad 2019-01-19).

14. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States: Cost Data. https://nccih.nih.gov/news/camstats/costs/costdatafs.htm. (hämtad 2019-03-11).

15. National Institute of Complementary Medicine (NICM). Understanding complementary and integrative medicine. www.westernsydney.edu.au/nicm/health_information/information_for_consumers/understanding_cm (hämtad 2019-01-19).

16. Osher centrum för integrativ medicin OCIM. https://ki.se/forskning/osher-centrum-for-integrativ-medicin-ocim (hämtad 2019-01-19).

17. Angell M., Kassirer JP. Alternative medicine – the risks of untested and unregulated remedies. New Engl J Med. 1998;339:839–41.

18. Thomson P., Jones J., Browne M., Leslie SJ. Why people seek complementary and alternative medicine before conventional medical treatment: a population based study. Complement Ther Clin Pract. 2014;20(4):339–46.

19. Gray B., Orrock P. Investigation into factors influencing roles, relationships, and referrals in integrative medicine. J Altern Complement Med. 2014;20:342–6.

20. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30 (hämtad 2019-01-19).

21. Patientlag (2014:821). www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-201482_sfs-2014-821 (hämtad 2019-01-19).

22. Patientsäkerhetslag (2010:659). www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhets-lag-2010659_sfs-2010-659 (hämtad 2019-01-19).

3 Tidigare utredningar och riksdagsmotioner angående KAM

3.1 Bakgrund

Frågor rörande KAM har utretts vid flera tillfällen under 1900- och 2000-talet. I detta kapitel görs en genomgång av de utredningar som vi finner mest relevanta för vårt betänkande och hur de olika utredningarnas förslag har beretts vidare. Vi kommer även i de övriga kapitlen utveckla delar av tankegångarna från några av utredningarna.

I detta kapitel görs även en redogörelse för riksdagsmotioner som på olika sätt berör KAM-området.

3.2 Kvacksalveriutredningen (SOU 1956:29)

Motiven till den i dag gällande lagstiftningen i patientsäkerhetslagen rörande KAM återfinns till största del i Kvacksalveriutredningens betänkande *Lag om rätt att utöva läkekonsten* (SOU 1956:29) (1). Utredningen lämnade förslag till en ny kvacksalverilagstiftning som skulle ersätta relevanta delar av lagen om behörighet att utöva läkarkonsten (1915:362). Legitimationsbestämmelser för läkare hade införts 1915 som ett skydd för allmänheten mot de läkare som inte ansågs ”ha det förtroende som de borde ha” eller var ”oförmögna att på ett tillfredsställande sätt utöva sitt yrke”.

Som skäl för att se över lagen från 1915 angavs bl.a. att det i Sverige under de sista åren av 1940-talet förekommit ”några uppseendeväckande fall av kvacksalveri i särskilt stötande former”.

Enligt 6 § 2 mom. i 1915 års lag, var straff stadgat för den som inte är eller varit behörig till läkarkonstens utövning, om denne mot ersättning behandlade venerisk sjukdom, tuberkulos, kräftsjukdom eller sådan smittsam sjukdom, till förekommande av vars införande

i eller utbredning inom riket Konungen meddelat särskilda föreskrifter.

Den lagstiftning som föreslogs i utredningen från 1956 var vidsträcktare än den då gällande lagstiftningen. Syftet var att skydda allmänheten mot skadlig verksamhet. Sådan verksamhet föreslogs bli kriminaliserad ”om patienten tillfogas icke ringa skada eller utsattes för fara till liv eller hälsa”. Bestämmelsen skulle gälla all behandling, oavsett diagnos m.m.

Därutöver föreslogs i utredningen att de ”behandlingsförbjudna sjukdomarna”, utöver cancer, skulle utökas med diabetes och epilepsi. Dessa sjukdomar var dessutom sådana som ansågs vara möjliga för lekmän att diagnostisera, vilket var ett av motiven till att kategorisera dem som behandlingsförbjudna. Skriftliga behandlingsråd utan personlig undersökning föreslogs också förbjudas liksom att behandla barn i första levnadsåret och sjukdom i samband med havandeskap och förlossning.

Förslaget att föra in diabetes och epilepsi bland de behandlingsförbjudna sjukdomarna härstammade från en norsk statlig utredning.[1] Skälet som anfördes i utredningen var att nå likformighet i fråga om vilka sjukdomar som skall vara behandlingsförbjudna enligt norsk och svensk lag.

Alternativa metoder som ägnades särskilt utrymme i utredningen var ålderdomligt vidskepliga metoder, naturläkekonst, magnetism, homeopati, ögondiagnostik, osteopati och kiropraktik.

Frågan om att förbjuda behandling av vissa personer med psykisk sjukdom behandlades också, men utredningen valde att inte lämna några förslag om förbud. Det generella skydd som uppställdes genom förbudet att tillfoga någon skada eller risk för skada, ansågs vara tillräckligt.

Utredningen övervägde om det inte skulle vara förbjudet för den som saknade läkarbehörighet, att yrkesmässigt utöva ”läkekonsten”. Tanken avvisades dock, delvis med hänsyn till svårigheten att avgränsa utövning av läkekonsten från annan verksamhet. Här angavs bl.a. verksamhet som bedrivs av t.ex. fotspecialister och massörer.

[1] Norska komitéen til reviisisjon av kvaksalverlovgivningen, som tillsatts den 27 mars 1953.

Beredningen av förslagen

Kvacksalveriutredningens förslag behandlandes i prop. 1960:141, Förslag till lag om behörighet att utöva läkaryrket m.m. och genomfördes i allt väsentligt. En skillnad mot utredningens förslag var att åldersgränsen för att behandla barn höjdes från det första levnadsåret till åtta år. En åttaårsgräns ansågs vara lämplig eftersom barn då börjat skolan och var under regelbunden läkarundersökning och kontroll som skulle kunna leda till att olämpliga kvacksalvarbehandling av barnet uppdagas.

I propositionen fördes ett resonemang kring omfattningen av de behandlingsförbjudna sjukdomarna. I propositionen anfördes att det vore praktiskt taget omöjligt att göra uppräkningen av behandlingsförbjudna sjukdomar fullständig och oantastlig. En sådan uppräkning ansågs heller inte vara nödvändig om kvacksalvare i konkreta fall blev ansvariga för skada eller fara för skada.

Utgångspunkten var således att bestämmelsen om att i konkreta fall göra någon ansvarig för skada eller fara för skada, skulle fånga upp den absoluta huvuddelen av alla sjukdomar och tillstånd. Listan med behandlingsförbjudna sjukdomar avsåg sådant som betraktades som särskilt allvarligt och som lekmän dessutom skulle kunna upptäcka.

Den lagstiftning som beslutades 1960 (lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område) är till största delen alltjämt gällande men återfinns i dag i patientsäkerhetslagen (2010:659). Även om 1960 års lag medförde stora förändringar, har den i många delar sin utgångspunkt i 1915 års lagstiftning.

3.3 Alternativmedicinkommittén (SOU 1989:60)

Regeringen tillsatte år 1984 den parlamentariska alternativmedicinkommittén. Utredningen redovisade sitt arbete i augusti 1989 i fyra olika betänkanden (2):

1. *Huvudbetänkande* från Alternativmedicinkommittén (SOU 1989:60)
2. *Hälsohem* (SOU 1989:61)
3. *Alternativa terapier i Sverige* (SOU 1989:62)
4. *Värdering av alternativa medicinska teknologier* (SOU 1989:63).

Kommittén lämnade ett förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet som skulle ersätta den s.k. kvacksalverilagstiftningen från 1960. Den föreslagna lagen skulle vara tillämplig på den som utövade alternativmedicinsk verksamhet och som inte omfattades av den då gällande tillsynslagen. Alternativmedicinsk verksamhet avsåg sådana åtgärder som syftade till att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador och som inte hade godtagits i hälso- och sjukvården.

Kommittén ansåg även att man borde sträva efter att all alternativmedicinsk verksamhet som utövades mot ersättning endast skulle bedrivas av dem som hade en viss adekvat utbildning. Den som genomgått en av Socialstyrelsen godkänd medicinsk basutbildning skulle kunna ansöka om att registreras som alternativmedicinsk yrkesutövare.

Vidare fanns förslag om strängare kontroll av marknadsföring av naturmedel och förslag om hur forskning inom alternativmedicin skulle kunna stimuleras.

I delbetänkandena redovisades vidare olika frågor rörande hälsohem och hälsovårdhem och en värdering av alternativmedicinska teknologier. En omfattande kartläggning gjordes även av alternativa terapier i Sverige.

Utöver de ovan nämnda betänkanden utarbetade utredningen även delbetänkandena Injektion av naturmedel (Ds S 1985:5), Legitimation för vissa kiropraktorer (SOU 1987:12) samt rapporten Fakta och röster om alternativmedicin, en delrapport från alternativmedicinkommittén.

Beredningen av förslagen

Regeringen gick inte vidare med de lagförslag som alternativmedicinkommittén lämnade i sitt slutbetänkande. Lagförslagen bereddes vidare av 1994 års behörighetskommitté, se nedan.

3.4 Behörighetskommittén (SOU 1996:138)

År 1994 tillsatte regeringen en parlamentarisk kommitté med uppgift att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet och mot bakgrund av översynen lämna förslag bl.a. i frågor om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden (3).

I utredningens uppdrag ingick också att göra en översyn av bestämmelserna i lagen 1960:409 om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, den s.k. kvacksalverilagen. Alternativmedicinkommittén hade, som nämnts ovan, tidigare lämnat förslag till en ny lagstiftning men regeringen valde således att åter göra en översyn av den befintliga lagstiftningen.

I sitt betänkande *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.* (SOU 1996:138) anförde utredningen bl.a. att:

- det kunde finnas skäl att inskränka rätten till behandling av allvarliga psykiska sjukdomar,
- det inte var nödvändigt med registrering av alternativmedicinska utövare samt att
- kvacksalverilagen skulle överföras till den nya lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) med höjd åldersgräns för barn samt slopande av förbudet att lämna skriftliga råd utan personlig undersökning.

Behörighetskommittén ansåg att det skulle vara en klar fördel om man i den s.k. kvacksalverilagstiftningen kunde åstadkomma en mera enhetlig syn på yrkesgrupper och behandlingsmetoder. Vidare framhölls att kvacksalverilagstiftningen var mer än 35 år gammal och speglade femtiotalets synsätt. Den borde enligt utredningen, när det

gällde begränsningar i utövande av hälso- och sjukvårdande yrkesverksamhet m.m., kunna rymmas i en reformerad behörighetslagstiftning.

Kommittén föreslog även att gränsen för behandling av barn skulle höjas från 8 år till 15 år och att förbudet mot att lämna skriftliga råd utan föregående personlig undersökning skulle tas bort. Den höjda åldersgränsen motiverades bl.a. med att även barn som är något äldre än 8 år har svårt att bedöma olika behandlingsmetoder och att flera remissinstanser förespråkat en höjd åldersgräns. En 15-årsgräns återfanns även i socialtjänstlagen bl.a. gällande barns rätt att själv föra talan.

Gällande avskaffandet av förbudet mot råd eller anvisningar utan föregående personlig undersökning hänvisades bl.a. till att telefonrådgivning inte är ovanlig inom skolmedicinen.

Utredningen anförde att psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet utövad av personer som saknar reglerad kompetens, kan innebära risk för skador hos den som behandlas. Kommittén ansåg därför att det kan finnas skäl att förbehålla hälso- och sjukvårdspersonal rätten att behandla allvarliga psykiska störningar. En sådan inskränkning skulle enligt kommittén dock kräva inskränkningar i den fria närings- och yrkesfriheten, vilket skulle kräva att preciseringar och avgränsningar inom det psykologiska behandlingsområdet måste göras i lagform. Ett förbud inom området skulle enligt utredningen kräva ytterligare utredning vilket inte fanns utrymme för inom ramen för kommitténs arbete.

Beredningen av förslagen

Utredningens förslag genomfördes såtillvida att den s.k. kvacksalverilagstiftningen från 1960 överfördes till den nya lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Förslagen om höjd åldersgräns för behandling av barn samt avskaffandet av förbudet att lämna skriftliga råd utan personlig undersökning, genomfördes emellertid inte. Således kvarstod bestämmelserna från 1960 till sitt innehåll.

När det gällde frågan om särskilda begränsningar att behandla allvarliga psykiska sjukdomar gav regeringen 1999 Socialstyrelsen i uppdrag att ytterligare utreda frågan. Rapporten redovisades 2001. I utredningens slutbetänkande kommer rapporten att redovisas mer utförligt.

3.5 Utredningen om ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin (SOU 2004:123)

Regeringen tillsatte 2004 utredningen om ett nationellt register över personer som utövar alternativ- eller komplementärmedicin, den s.k. AKM-registerutredningen (4). Utredningen hade i uppdrag att ta fram ett förslag till ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin. Förslaget till hur ett register skulle vara reglerat och utformat redovisades i betänkandet *Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin* (SOU 2004:123). Utredningen föreslog bl.a. att:

- ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin skulle inrättas,
- legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inte skulle omfattas av registret samt
- att Statens skolverk skulle ansvara för registret.

Utredningen föreslog att registret skulle regleras i en särskild lag. Lagen skulle vara tillämplig på dessa yrkesutövare samt organisationer för sådana utövare.

För att omfattas av lagen skulle den sökande utföra sådana hälso- och sjukvårdande åtgärder som angavs i 4 kap. 1 § LYHS, dvs. den som yrkesmässigt undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte. Den aktuella bestämmelsen i LYHS motsvaras i dag av 5 kap. 1 § i patientsäkerhetslagen.

En rad åtgärder och behandlingar var tänkta att kunna inordnas under den definition som utredningen valde. Verksamhet som föll utanför tillämpningsområdet var bl.a. försäljning av naturläkemedel

och sådan verksamhet som i grunden handlar om allmänt välbefinnande och/eller rena skönhetsbehandlingar. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal skulle inte omfattas av lagen, medan övrig hälso- och sjukvårdspersonal i vissa situationer skulle kunna omfattas.

Registret föreslogs bl.a. omfatta yrkesorganisationerna. För att få delta i registret skulle vissa villkor var uppfyllda. Förutom att ha antagit stadgar som gällde för dess medlemmar och att uppfylla kraven på att betraktas som en juridisk person, skulle organisationen vara väletablerad och ha som huvudändamål att organisera yrkesutövare inom alternativ- eller komplementärmedicin. Därutöver skulle organisationens stadgar ställa krav på att medlemmarna skulle ha tillräcklig utbildning och övrigt yrkeskunnande, följa de riktlinjer för yrkesutövningen som organisationen antagit, inneha ansvarsförsäkring, omfattas av organisationens skyldighet att pröva anmälningar om klagomål mot yrkesutövningen samt kunna uteslutas ur organisationen.

En organisation som godkänts att delta i registret skulle vara skyldig att meddela den myndighet som ansvarar för registret om en medlem som var registrerad, inte längre uppfyllde villkoren för registrering. Om en organisation inte längre uppfyllde villkoren för registrering skulle ett godkännande kunna återkallas.

Den föreslagna lagen vände sig vidare till dem som yrkesmässigt utövar alternativ- eller komplementärmedicin. För att bli registrerad skulle personen i fråga uppfylla vissa villkor, särskilt kravet på viss grundläggande utbildning i medicin. Utbildningen skulle stå under statlig tillsyn och motsvara minst 20 veckors heltidsstudier. Även de som hade fullgjort en annan motsvarande utbildning på eftergymnasial nivå skulle kunna registreras.

Statens skolverk föreslogs få i uppgift att ansvara för registret och den löpande finansieringen föreslogs ske genom en avgift för ansökan om registrering och en årlig avgift för att vara registrerad.

Den som registrerats skulle ges en skyddad rätt att använda beteckningen registrerad tillsammans med den yrkesbeteckning/terapi som han eller hon fanns registrerad under, t.ex. ”registrerad akupunktör”.

AKM-registret skulle enligt förslaget innehålla uppgifter om den registrerades identitet, utbildning, yrkesverksamhet inom alternativ- eller komplementärmedicin och, i förekommande fall, organisationstillhörighet. Registret skulle vara offentligt och, med undantag för bl.a. personnummer, finnas på Internet.

Beredningen av förslagen

AKM-registerutredningens betänkande remissbehandlades. I budgetpropositionen för 2007 anförde regeringen att det vid beredningen av betänkandet framkommit behov av att utreda vissa frågor ytterligare. Vidare hänvisades till att den förra regeringen den 1 juni 2006 hade beslutat att tillsätta en utredning för att analysera behovet av ett register för utövare av alternativ- eller komplementärmedicin (Dir. 2006:64). Utredaren skulle dessutom bl.a. se över vad som talade för respektive emot att hälso- och sjukvårdspersonal fick möjlighet att utöva vissa metoder inom området alternativ- eller komplementärmedicin samt konsekvenserna av detta, om en sådan möjlighet infördes.

Någon utredning tillsattes sedan aldrig av regeringen, trots beslut om direktiv. Detta innebar i praktiken även att regeringen valde att inte gå vidare med förslagen i SOU 2004:123. Frågan om register återkom emellertid i Behörighetsutredningen, vars föreslag redogörs för nedan.

3.6 Patientsäkerhetsutredningen (SOU 2008:117)

Regeringen tillsatte 2007 en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn ur ett patientsäkerhetsperspektiv av den lagstiftning som omfattar bl.a. tillsyn och ansvarssystemet inom hälso- och sjukvården (5). Utredningen överlämnade i december 2008 sitt betänkande *Patientsäkerhet – Vad har gjorts? Vad behöver göras?* (SOU 2008:117).

Avseende KAM-frågor innebar utredningens förslag främst redaktionella ändringar av de bestämmelser i LYHS som reglerade begränsningarna i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder för andra än hälso- och sjukvårdspersonal. Avsikten var inte att göra några materiella ändringar och frågor rörande kvacksalverilagstiftningen berördes endast kortfattat i betänkandet.

Utredningens förslag behandlades i propositionen Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210) som resulterade i den nu gällande patientsäkerhetslagen.

3.7 2009 års behörighetsutredning (SOU 2010:65)

Regeringen tillsatte 2009 en utredning med uppdrag att utreda ett antal frågor rörande behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården samt vissa frågor inom socialtjänsten, 2009 års behörighetsutredning (6).

I sitt slutbetänkande *Kompetens och ansvar* (SOU 2010:65) lämnade utredningen flera förslag angående komplementär och alternativ medicin, bl.a. att ett frivilligt register skulle skapas för utövare av alternativa behandlingsformer som inte var legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Sammanfattningsvis föreslog utredningen:

- att ett register skulle skapas för föreningar för yrkesutövare av alternativa behandlingsformer liksom medlemmar i godkänd yrkesorganisation.
- en ideell förening med huvudändamål att organisera yrkesutövare av alternativa behandlingsformer skulle kunna godkännas för deltagande i registret men måste då enligt utredningen ha stadgar som ställer krav på viss utbildning och möjlighet till uteslutning och klagomål.
- att Konsumentverket skulle bli ansvarig myndighet för registret samt godkänna de organisationer som uppfyller kraven för att få delta i registret.
- att en informationsportal om alternativa behandlingsformer skulle skapas.
- en ny lag om alternativa behandlingsformer.
- ett uppdrag till Socialstyrelsen att se över vilka somatiska sjukdomar som ska vara förbjudna att behandla.
- ett förbud i patientsäkerhetslagen mot vilseledande användning av skyddade yrkestitlar vid marknadsföring av verksamhet.

Utredningen såg även över behovet att införa en begränsning av möjligheterna att behandla personer med psykiska sjukdomar. Utredningen ansåg inte att någon sådan särskild reglering var nödvändig. Bl.a. skrev utredningen att människors rätt att i största möjliga utsträckning själv välja av vem och på vilket sätt de vill få behandling måste respekteras. Ett förbud när det gäller psykiska sjukdomar

borde enligt utredningen inte göras mer omfattande än vad som kan anses nödvändigt med hänsyn till patientsäkerheten. Vidare ansåg utredningen att det inte fanns skäl att ge psykologer ensamrätt till yrket. Frågan hade bl.a. aktualiserats genom en skrivelse från Sveriges psykologförbund. Utredningen anförde bl.a. att det är svårt att ange vilka metoder inom psykoterapi som ska vara förbjudna eftersom dessa i huvudsak utgörs av samtal.

Utredningens förslag till ny lag innehöll egentligen inte några förslag till materiella förändringar av den befintliga lagstiftningen. Förslaget innebar huvudsakligen att ”kvacksalveribestämmelserna” skulle lyftas ur LYHS och kompletteras med särskilda bestämmelser om att utövare av alternativa behandlingsformer skulle kunna ingå i ett frivilligt register.

Beredningen av förslagen

Regeringen behandlade utredningens förslag i prop. 2012/13:175, Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Regeringen gjorde i propositionen bedömningen att förslagen i utredningen som rörde alternativ- och komplementärmedicin inte borde genomföras. Bedömningen gjordes bl.a. mot bakgrund av remissvaren på utredningens förslag samt att Socialstyrelsen i regleringsbrevet för 2011 hade fått i uppdrag att lämna förslag inom samma område. Här avsågs ett uppdrag som regeringen hade gett Socialstyrelsen om att se över relationen mellan hälso- och sjukvårdslagen och annan lagstiftning inom hälso- och sjukvårdens område respektive miljöbalken ifråga om yrkesmässig hygienisk verksamhet. Bl.a. angavs tatuering, och olika former av behandling utan kontroll som skulle kunna innebära en risk för patienten eller den enskilde, t.ex. ingrepp med laser och injektion av botox.

Gällande förslaget om vilseledande marknadsföring anförde regeringen att det redan i dag på konsumenträttens område finns ett förbud mot vilseledande marknadsföring. Förbudet ansågs även täcka det område som föreslagits av utredningen och förslaget skulle enligt regeringen därför enbart få en upplysande funktion. Regeringen ansåg därför att förslaget inte borde genomföras.

Beträffande frågan om psykologers ensamrätt till yrket anfördes i propositionen att regeringens hållning var att införa så få regleringar som möjligt för rätten att utöva yrke. Enligt regeringen kunde särskilda krav på behörighet i form av ensamrätt för en yrkesgrupp införas om det finns ett behov ur ett patientsäkerhetsperspektiv som är så stort att näringsfriheten bör begränsas. En sådan rätt för psykologer skulle enligt regeringen bli särskilt svår att införa på grund av svårigheterna att definiera vilka uppgifter som i så fall skulle omfattas av ensamrätten. Regeringen ansåg att ensamrätt inte var rätt väg att gå för att skapa tydlighet om yrkesutövning på psykologernas kompetensområde och ansåg heller inte att patientsäkerheten skulle stärkas genom att ensamrätt infördes för psykologer.

Regeringen avsåg att återkomma i andra sammanhang om förslagen om att Socialstyrelsen borde få i uppdrag att utreda och föreslå vilka sjukdomar som ska omfattas av förbud för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att behandla.

3.8 Andra utredningar av relevans för utredningen

Skönhetsutredningen (SOU 2015:100)

Regeringen gav i april 2014 en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag som skulle syfta till att stärka skyddet för den enskilde vid behandlingar och ingrepp som kräver medicinsk kunskap och erfarenhet eller kan innebära betydande hälsorisker, men som inte är hälso- och sjukvård eller tandvård (7). Förslagen redovisades 2015 i betänkandet *Kroppsbehandlingar – åtgärder för ett stärkt konsumentskydd* (SOU 2015:100).

Utredningen hade föregåtts av en rapport om kroppsbehandlingar som Socialstyrelsen var ansvarig för samt en separat skrivelse från Socialstyrelsen.

Utredningen konstaterade att kroppsbehandlingar som syftar till att förändra utseendet och som kan innebära en betydande hälsorisk, innefattar ett brett och diversifierat spektrum av olika aktörer, behandlingar och regelverk. Enligt utredningen saknades det en samlad reglering för under vilka förutsättningar dessa kroppsbehandlingar får genomföras. Flera myndigheter har olika tillsynsansvar och det ansågs råda vissa oklarheter om var ansvaret börjar respektive upphör. Vidare anförde utredningen att bristen på statistik gör det

svårt att fastställa antal verksamheter, förekomsten av olika behandlingar, eventuella komplikationer och marknadens utveckling. Vidare fanns det enligt utredningen inga särskilda krav på näringsidkaren om informationsskyldighet, försäkring eller vilken kompetens som krävs för att utföra olika kroppsbehandlingar.

Utredningen föreslog bl.a. en ny lag gällande kroppsbehandlingar som syftar till att förändra utseendet och som kan innebära en betydande hälsorisk samt en nationell, webbaserad informationstjänst med oberoende information om kroppsbehandlingar. Utredningen anförde vidare att om kroppsbehandlingar som görs i huvudsyfte att förändra utseendet ska inkluderas i begreppet hälso- och sjukvård, finns risk för att begreppet blir otydligt. Dessutom kan det medföra gränsdragningsproblem i förhållande till hur begreppet tillämpas inom EU-rätten.

Socialstyrelsen fick i oktober 2017 regeringens uppdrag att göra en fördjupad utredning av förslagen i betänkandet.

Socialstyrelsens rapport om estetiska ingrepp

Socialstyrelsen fick som nämnts ovan, år 2017 regeringens uppdrag att utreda om estetiska behandlingar som kräver medicinsk kompetens och som kan innebära betydande hälsorisker ska omfattas av samma skydd som gäller för andra behandlingar enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen och hur detta i så fall ska regleras.

I uppdraget ingick att precisera vilken typ av behandlingar som kan anses kräva medicinsk kompetens och som kan innebär betydande hälsorisker. Det ingick även att bl.a. utreda om vissa estetiska behandlingar inte ska få utföras av andra än hälso- och sjukvårdspersonal och i vilken utsträckning personer som fått en personskada i samband eller till följd av sådana behandlingar ska omfattas av försäkringsskydd.

Socialstyrelsen konstaterade i rapporten *Estetiska behandlingar som kräver medicinsk kompetens och som kan innebära betydande hälsorisker*, som redovisades den 30 september 2018, att det framkommit att skyddet är svagt för den som genomgår en estetisk behandling och att behovet av en mer ändamålsenlig och tydlig reglering av estetiska behandlingar är stort och efterfrågat av de som genomgår

behandlingarna, myndigheter och branschorganisationer (8). Socialstyrelsen ansåg i rapporten att de estetiska behandlingar som kräver medicinsk kompetens och som kan innebära betydande hälsorisker är kirurgiska ingrepp och injektionsbehandlingar.

Socialstyrelsen ansåg att för att patienten ska få ett fullgott skydd, och för att undvika tolkningssvårigheter och gränsdragningsproblem ska samma regelverk gälla vid själva ingreppet som vid de medicinska åtgärder som vidtas före, under och efter ett kirurgiskt ingrepp eller en injektionsbehandling i estetiskt syfte. Hälso- och sjukvårdens regelverk ska enligt Socialstyrelsen därför gälla i sin helhet vid dessa behandlingar. Det innebär att kirurgiska ingrepp och injektioner i estetiskt syfte enligt Socialstyrelsens förslag utgör hälso- och sjukvård. Verksamheter som erbjuder dessa behandlingar blir därför vårdgivare och omfattas av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn.

Socialstyrelsen ansåg att det inte ska vara tillåtet att utföra dessa behandlingar utanför hälso- och sjukvården. Därför föreslog myndigheten att enbart hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat kompetens får göra kirurgiska ingrepp och ge injektioner i estetiskt syfte.

Socialstyrelsens förslag till reglering innebär att kravet på att ha en patientförsäkring även skulle gälla för verksamheter som gör kirurgiska ingrepp och injektioner i estetiskt syfte. Patientskadeersättning skulle således betalas ut oavsett om patienten kan visa att behandlaren vållat skadan eller inte, vilket innebär ett starkare skydd för den enskilde.

Socialstyrelsens rapport bereds förnärvarande (våren 2019) i Regeringskansliet.

3.9 Riksdagsmotioner om KAM

Förslag och synpunkter på KAM återkommer i flera motioner till riksdagen. En genomgång gjord av 99 motioner ställda mellan åren 1980–2015 visar på att motioner ställts från företrädare från alla riksdagspartier som satt i riksdagen under den aktuella perioden (9). Motionerna har ställts av enskilda riksdagsledamöter. Främst har det handlat om företrädare från Centerpartiet, Moderaterna och Miljöpartiet. Det har inte varit frågan om partimotioner.

En del av motionerna har handlat om att KAM kan bidra till att lösa problem med ökande sjuklighet, ökande sjukskrivningskostnader, långa väntetider m.m. KAM har också knutits till frågor rörande aktiva vårdval och förebyggande arbete. Dessa motioner har främst kommit från företrädare från Centerpartiet och Moderaterna.

Företrädare från samtliga partier har inkommit med motioner som handlat om att KAM-utövare hanteras orättvist jämfört med utövare inom hälso- och sjukvården. Bl.a. lyfter motionerna fram frågor om att utövarna själva måste bekosta sin utbildning.

Andra motioner har handlat om att kontrollen över KAM är dålig eller felaktig. Bl.a. anförs att det är svårt för konsumenterna att göra informerade val och bedöma vad som är tillförlitligt, seriöst och trovärdigt. I vissa motioner anförs att personer med psykisk sjukdom är särskilt utsatta och att en översyn av kvacksalverilagen/patientsäkerhetslagen är nödvändig.

Det finns också motioner där det har framförts att det är fel att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som väljer att arbeta med KAM kan bli av med sin legitimation. Åsikter har också framförts om att det ska finnas en rätt för KAM-utövare att förskriva kosttillskott på recept.

I några motioner anförs att hälso- och sjukvårdspersonal har för dåliga kunskaper om KAM, vilket kan innebära risker och patienten inte kan göra informerade val. Resurser till KAM-forskningen har också ansetts vara för små och att randomiserade prövningar är olämpliga utifrån ett holistiskt perspektiv. Enstaka motioner tar även upp behovet av att inrätta ett nationellt centrum för KAM som skulle arbeta med forskning, utbildning och information till allmänheten. Motioner har även ställts om register över KAM-utövare. Ibland har motionerna även handlat om krav på utbildning och samordning av yrkesbeteckningar.

Skatteavdrag för massage och andra manuella terapier m.m.

Under åren 2009–2017 lade enskilda riksdagsledamöter 1–2 motioner årligen om ett s.k. BOT-avdrag för bl.a. massage (analogt med ROT- och RUT-avdrag).[2] På initiativ av bl.a. yrkesorganisationen

[2] Se bl.a. motion 2017/18:1753 av Finn Bengtsson (M) och motion 2016/17:217 av Lotta Finstorp och Jenny Petersson (båda M).

Kroppsterapeuterna har kampanjen Inför BOT-avdrag nu! drivits (10). Enligt kampanjen bör ett skatteavdrag omfatta massage och andra manuella terapier men även vissa förebyggande insatser (rådgivning och fysisk träning med personlig tränare, kostrådgivning i syfte att förebygga ohälsa samt coachande samtal). Regeringen har inte tagit några initiativ i frågan.

Momsbefrielse

Hälso- och sjukvård som bedrivs av legitimerad personal är momsbefriad. I flera motioner yrkas att KAM-verksamhet ska vara momsbefriad. Företrädare för momsbefrielse finns inom flera riksdagspartier. Flera KAM-utövare har vidare uttryckt en önskan om att även deras verksamheter momsbefrias.[3] Bl.a. hänvisas till det norska systemet där KAM-utövare som uppfyller vissa grundvillkor är momsbefriade.

Regeringen har inte tagit några initiativ i frågan att momsbefria KAM-verksamhet. En redovisning av lagstiftningen rörande moms och hälso- och sjukvård görs i kapitel 4.

Utbildning och certifiering

Motioner har också ställts om möjligheterna att utforma en möjlighet för yrkesutövare inom alternativmedicin att få sin titel skyddad och att underlätta för personer som vill utbilda sig inom KAM.[4] I sammanhanget kan nämnas att många yrkesförbund inom KAM-området arbetar med auktorisationer/certifieringar, kvalitetssäkring samt erbjuder utbildningar för sina medlemmar i syfte att stärka den komplementära och alternativa vårdens anseende, se utredningens översyn av utbildningar i kapitel 6.

[3] Se bl.a. motion 2001/02:So274 av Inger Strömbom m.fl. (kd, m, c) och motion 2002/03:So365 av Kerstin-Maria Stalin m.fl. (mp).
[4] Se bl.a. motion 2017/18:1453 av Margareta Larsson (-) och Motion 2002/03:So225 av Birgitta Carlsson och Viviann Gerdin (c).

Referenser

1. SOU 1956:29 *Lag om rätt att utöva läkekonsten*, betänkande av Kvacksalveriutredningen.
2. SOU 1989:60, *Alternativmedicin 1*, huvudbetänkande från Alternativmedicinkommittén.
3. SOU 1996:138 *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.*, betänkande av 1994 års behörighetskommitté.
4. SOU 2004:123 *Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin*, betänkande av AKM-registerutredningen.
5. SOU 2008:117 *Patientsäkerhet – Vad har gjorts? Vad behöver göras?* betänkande av Patientsäkerhetsutredningen.
6. SOU 2010:65 *Kompetens och ansvar*, slutbetänkande av 2009 års behörighetsutredning.
7. SOU 2015:100 *Kroppsbehandlingar – åtgärder för ett stärkt konsumentskydd*, betänkande av Skönhetsutredningen.
8. Socialstyrelsen. (2018), *Estetiska behandlingar som kräver medicinsk kompetens och som kan innebära betydande hälsorisker.* Stockholm: Socialstyrelsen 2018.
9. *Translation of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Swedish Politics*, Jenny-Ann Brodin Danell, Department of Sociology, Umeå University, Sweden, 2018.
10. Inför BOT-avdrag NU!, http://botavdraget.com/ (hämtad 2019-02-26).

4 Gällande rätt

4.1 Bakgrund

I detta kapitel ges en översiktlig redogörelse för den lagstiftning som särskilt berör de frågeställningar som utredningen har att ta ställning till.

Det finns ett antal författningar som är centrala för hälso- och sjukvårdens styrning. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. För denna utredning är patientsäkerhetslagen (2010:659) särskilt central eftersom lagen bl.a. innehåller bestämmelser om begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder.

I fråga om tandvård finns särskilda bestämmelser i tandvårdslagen (1985:125). Tandvårdslagen utformades med hälso- och sjukvårdslagen som förebild och de grundläggande bestämmelserna är således likartade.

Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet omfattar dessutom lagar som reglerar särskilda områden. Några exempel är läkemedelslagen (2015:315) och lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. I övrigt omfattar det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket åtskilliga förordningar samt olika statliga myndigheters föreskrifter.

Den grundläggande hälso- och sjukvårdslagstiftningen är utformad som en skyldighetslagstiftning. Det innebär att tillhandahållandet av nödvändig hälso- och sjukvård är en skyldighet för samhället. Hälso- och sjukvård hanteras således inte som en rättighet som den enskilde kan utkräva på juridisk väg (se prop. 2016/17:43 s. 71).

4.2 Regeringsformen och kommunallagen

Grundlagsregleringen av skyddet för fri- och rättigheter finns i 2 kap. regeringsformen, förkortad RF. Det skydd som RF ger för fri- och rättigheter gäller enbart gentemot det allmänna. Av 2 kap. 17 § första stycket RF framgår att begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke endast får införas för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Av 1 kap. 1 § följer bl.a. att den svenska folkstyrelsen bygger på fri åsiktsbildning och på allmän och lika rösträtt och att den förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. Den kommunala självstyrelsen utgör således en grund för det svenska samhällssystemet och innebär att det ska finnas en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt för kommuner och landsting. Grunden för kommunernas och landstingens existens, ställning, organisation och verksamhet är reglerad i regeringsformen och i kommunallagen (2017:725). I RF finns också bestämmelser som anger hur normgivningsmakten är fördelad.

Kommuner och landsting får enligt kommunallagen själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till området eller invånarna och som inte någon annan ska ha hand om. Kommunallagen anger vidare att bestämmelser om kommunernas och landstingens angelägenheter även finns i andra lagar och författningar. Hälso- och sjukvården är ett sådant område. RF medger att normgivningsmakt i vissa fall kan överlåtas åt kommuner.

Tills sist kan nämnas att det av 1 kap. 2 § RF bl.a. framgår att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa.

4.3 Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL), är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Lagen har ersatt den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Syftet med den nya hälso- och sjukvårdslagen var att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt samt mer i enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen har en ny struktur och uppbyggnad i form av fem avdelningar och kapitel med löpande paragrafnumrering inom varje kapitel.

Nästan alla bestämmelser i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen fördes över till den nya hälso- och sjukvårdslagen. De flesta av paragraferna är utformade helt i överensstämmelse med motsvarande bestämmelser i den äldre lagen, eller skiljer sig från dessa bestämmelser enbart i språkligt eller redaktionellt hänseende. Ett mindre antal förtydliganden och ändringar i sak i förhållande till tidigare lag har skett. Ett fåtal nya bestämmelser har tillkommit.

I HSL finns bestämmelser om landstingen och kommunernas planering och organisering av hälso- och sjukvård, personal, forskning, samverkan etc. För huvudmännen, vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen utgör HSL, patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659) de primära bestämmelserna om hur vården ska vara beskaffad och vilka skyldigheter vårdgivarna har.

Landstingen har enligt vad som framgår av 8 kap. det övergripande ansvaret för att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård. Kommunerna har dock enligt 12 kap. 1 § ansvar för hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa boendeformer och för dem som vistas i viss dagverksamhet.

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstingen ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

I HSL ges bestämmelser för ledning och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Av dessa framkommer bl.a. att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet (se bl.a. 4 kap.). Det ska finnas en verksamhetschef, som är ansvarig för verksamheten. Det framkommer vidare att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Som framgår av 5 kap. ska all hälso- och sjukvård ska ha den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge patienterna god vård.

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § främst åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård på

lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska enligt 3 kap. 1 § ges företräde till vården.

Hälso- och sjukvården ska enligt HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär enligt 5 kap. 1 § att hälso- och sjukvård särskilt ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan patienten och personalen. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vidare ska landstinget organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården enligt 7 kap. 2 a § koncentreras geografiskt.

I HSL finns även bestämmelser för att stärka inflytandet för patienten, bl.a. bestämmelsen i 7 kap. 3 § som innebär en lagstadgad vårdgaranti för vissa patienter och en skyldighet för landstingen att erbjuda en fast läkarkontakt och förnyad medicinsk bedömning.

4.4 Tandvårdslagen

I tandvårdslagen (1985:125) regleras hur tandvården ska utföras samt landstingens ansvar för tandvården.

I tandvårdslagen definieras målet för och kraven på en god tandvård. Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på god tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att det ska läggas särskild vikt vid förebyggande åtgärder, att den ska vara tillgänglig och av god kvalitet. En god tandvård innebär också att vårdgivare tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, att vården bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt att vården främjar goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen. Vårdgivaren ska så långt som möjligt, utforma samt genomföra vården och behandlingen i samråd med patienten. Vårdgivaren ska också upplysa patienten om hans eller hennes tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Innan vårdgivare börjar en behandlingsperiod ska patienten upplysas om vad behandlingen kan komma att kosta.

4.5 Patientlagen

Patientlagen (2014:821) innehåller bestämmelser som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen innehåller bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården eller som har direkt betydelse för vårdens utformning. Vid införandet av patientlagen framhölls bl.a. att det är angeläget att stärka och tydliggöra patientens ställning i hälso- och sjukvården samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I lagen finns krav om att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Genom lagen har informationsplikten gentemot patienten utvidgats och förtydligats. Av 3 kap. 1 § följer bl.a. att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. I 3 kap. 2 § stadgas att patienten även ska få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentlig finansierad hälso- och sjukvård.

Av 4 kap. framgår att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. I 5 kap. 1 § stadgas vidare att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Av 7 kap. 1 § följer att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Det har vidare i 8 kap. införts möjligheter för en patient att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om behandlingen står i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Av 9 kap. 1 § följer att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller

utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

4.6 Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Vidare finns bestämmelser om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) samt straffbestämmelser och överklagande.

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 kap. 2 § verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt 1 kap. 4 §:

- den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
- personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
- den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
- apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
- personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och
- personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

Lagen innehåller bestämmelser som reglerar ansvaret för vårdgivaren men även för personal i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är behörig myndighet att besluta om legitimation m.m.

Av 6 kap. 1 § följer att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt ge patienten sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

Att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet följer redan av HSL. Den som har ansvar för hälso- och sjukvården ska bl.a. se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Av 6 kap. 2 och 3 §§ följer att hälso- och sjukvårdspersonal själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter och om uppgifter delegeras till en enskild så utför han eller hon dessa under eget yrkesansvar.

Bestämmelserna om att vårdgivarna har en skyldighet att bl.a. bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete finns i 3 kap. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på god vård. Det innebär bl.a. att vårdgivaren ska arbeta förebyggande för att minska risken att patienter drabbas av vårdskador samt utreda och vidta en rad åtgärder i samband med vårdskador.

Definitioner av vad som avses med vårdskada och allvarlig vårdskada finns i 1 kap. 5 §. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses en vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Av 7 kap. patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO. I lagen anges vilka åtgärder som kan vidtas mot hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare som inte fullgör sina skyldigheter eller bryter mot bestämmelser som gäller verksamheten. För den som har en legitimation att utöva sitt yrke kan det bli aktuellt med en prövotid eller återkallelse av legitimation. IVO kan i sin tillsyn besluta om föreläggande (även vid vite) för vårdgivare att fullgöra sina skyldigheter. IVO kan även besluta om förbud att bedriva verksamheten.

I 7 kap. patientsäkerhetslagen finns bestämmelser om IVO:s tillsyn. Av dessa bestämmelser framgår bl.a. att tillsynen innebär granskning av att hälso- och sjukvårdsverksamhet och dess personal uppfyller krav

och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Detta innebär att de krav- och målbestämmelser som lagstiftningen innehåller, exempelvis de som framgår av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), omfattas av IVO:s tillsyn.

IVO:s tillsynen omfattar såväl personal som verksamheter men ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. Tillsynen syftar till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården samt stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder. IVO ska inom ramen för sin tillsyn bl.a. lämna råd och ge vägledning och kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps men kan även besluta om föreläggande och förbud.

Enligt 7 kap. 10 § ska IVO efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Anmälan får göras av den patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till honom eller henne. Vårdgivaren har emellertid enligt 3 kap. 5 § en skyldighet att i visa fall göra anmälan till IVO. IVO kan också enligt 7 kap. 19 på eget initiativ inleda en utredning mot en vårdgivare.

Av 3 kap. 8 a § följer att vårdgivaren från patienter och deras närstående ska ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten. Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 8 b § snarast besvara klagomål från patienter och deras närstående. Klagomålen ska besvaras på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information.

I 9 kap. patientsäkerhetslagen finns vidare bestämmelser om sammansättningen av och handläggningen i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). HSAN prövar bl.a. frågor om prövotid och återkallelse av legitimation samt begränsning av förskrivningsrätt. I lagen ges även bestämmelser om möjligheten att överklaga beslut av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, IVO och Socialstyrelsen.

I 10 kap. finns straffbestämmelser och bestämmelser om överklaganden m.m.

Vissa begränsningar för andra än hälso- och sjukvårdspersonalen att vidta hälso- och sjukvårdsåtgärder

I 5 kap. patientsäkerhetslagen finns bestämmelser om begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder.

Av 5 kap. 1 § följer ett antal begränsningar i fråga om åtgärder som endast får utföras av hälso- och sjukvårdspersonal. Bestämmelserna är utformade som förbud. Annan än hälso- och sjukvårdspersonal får inte yrkesmässigt undersöka någon annans hälsotillstånd eller behandla någon för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon av följande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte: behandla anmälningspliktiga sjukdomar enligt smittskyddslagen (2004:168), cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning. Det är heller inte tillåtet att undersöka eller behandla någon annan under allmän eller lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel eller under hypnos eller behandla någon annan med radiologiska metoder. Skriftliga råd eller anvisningar för behandling får inte lämnas utan personlig undersökning av den som sökt honom eller henne. Undersökningar eller behandlingar av barn under åtta år får inte göras av annan än hälso- och sjukvårdspersonal. Det är inte heller tillåtet för annan än hälso- och sjukvårdspersonal att prova ut kontaktlinser.

Utöver den uppräkning av förbud som görs i 5 kap. 1 §, finns en straffbestämmelse i 10 kap. 6 § patientsäkerhetslagen. Enligt denna bestämmelse kan en person som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som yrkesmässigt vidtar vårdåtgärder dömas till böter eller fängelse i högst ett år om denne uppsåtligen överträder något av förbuden i 5 kap. 1 § eller uppsåtligen eller av oaktsamhet tillfogar den undersökte eller behandlade en skada som inte är ringa eller framkallar fara för en sådan skada. Sistnämnda bestämmelse om skada som inte är ringa eller fara för sådan skada gäller oavsett om skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i eller dröjsmål med läkarvård. Den omständigheten att gärningsmannen på grund av bristande kunskaper och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran befriar inte honom eller henne från ansvar.

I 10 kap. 6 § anges även att om gärningen är belagd med straff enligt 3 eller 4 § ska i stället dömas till ansvar enligt dessa bestämmelser och av 10 kap. 7 § följer slutligen att det inte ska dömas till ansvar enligt bl.a. 6 § om gärningen är belagd med strängare straff i annan lag. Av 10 kap. 8 följer att om någon gjort sig skyldig till brott som anges i 6 §, får IVO besluta om förbud för honom eller henne att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet som avses i 5 kap. 1 §. Ett sådant beslut får förenas med vite

I 7 kap. 23 § föreskrivs vidare om skyldighet för IVO att vidta åtgärder och bl.a. göra anmälan till åtal om någon bryter mot 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

4.7 Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

I lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården anges att det i varje landsting och kommun ska finnas en eller flera patientnämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom den hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting eller hälso- och sjukvård som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård. Patientnämnderna ska även stödja och hjälpa patienter m.m. när det gäller tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) och som bedrivs eller helt eller delvis finansieras av landsting.

Av 2 § följer att patientnämndernas huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till sådana vårdgivare som avses i lagen.

Vidare ingår det i patientnämndernas uppgift bl.a. att tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal och rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

I patientnämndernas uppdrag ingår enligt 3 § att bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom

hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma landstinget eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården. Av 6 § följer att landstingen och kommunerna ska organisera sin verksamhet så att slutsatser av de analyser som patientnämnderna gör tas om hand och bidrar till hälso- och sjukvårdens utveckling. Vidare framgår av 7 § att patientnämnderna ska göra IVO uppmärksam på förhållanden av relevans för myndighetens tillsyn.

4.8 Patientskadelagen

I patientskadelagen (1996:799) regleras patienters rätt till patientskadeersättning och skyldigheten för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker en sådan ersättning. Lagen gäller enligt 3 § endast skador som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar eller lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Med vårdgivare avses statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Patientskadeersättning lämnas enligt 6 § för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av

1. undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt,

2. fel hos medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning använd vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller felaktig hantering därav,
3. felaktig diagnostisering,
4. överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd,
5. olycksfall i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller under sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning, eller
6. förordnande eller utlämnande av läkemedel i strid med föreskrifter eller anvisningar.

Rätten till ersättning kan dock begränsas. Exempelvis är den utesluten i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Patientskadeersättning lämnas inte om skadan är en följd av ett nödvändigt förfarande för diagnostisering eller behandling av en sjukdom eller skada som utan behandling är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet, eller om skadan, under vissa omständigheter, orsakats av läkemedel. Patientskadeersättningen bestäms enligt vissa bestämmelser i skadeståndslagen (1972:207).

Vårdgivare är skyldiga att ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador som omfattas av patientskadelagen. Patientskadeersättningen utges av försäkringsgivaren. Om flera patientförsäkringar täcker samma skada, svarar försäkringsgivarna solidariskt för ersättningen. Saknas patientförsäkring, svarar de försäkringsgivare som ingår i patientförsäkringsföreningen solidariskt för den patientskadeersättning som skulle ha lämnats, om en patientförsäkring hade funnits. Ersättningen får i ett sådant fall krävas tillbaka från den vårdgivare som varit skyldig att teckna patientförsäkring.

De försäkringsgivare som meddelar patientförsäkring ska ingå i en patientförsäkringsförening. Försäkringsgivarna ska tillsammans upprätthålla och bekosta en patientskadenämnd. Nämnden ska på begäran av patient, vårdgivare, försäkringsbolag eller domstol yttra sig över ersättningsfall.

Den som vill ha ersättning enligt patientskadelagen måste väcka talan inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades.

4.9 Konsumenttjänstlagen

Konsumenttjänstlagen (1985:716) reglerar förhållandet mellan konsumenter och näringsidkare på tjänsteområdet. Lagen gäller enligt 1 § avtal om tjänster som näringsidkare utför åt konsumenter i fall då tjänsten avser:

1. arbete på lösa saker, dock ej behandling av levande djur,
2. arbete på fast egendom, på byggnader eller andra anläggningar på mark eller i vatten eller på andra fasta saker,
3. förvaring av lösa saker, dock ej förvaring av levande djur.

En utvidgning av tillämpningsområdet till andra typer av privata såväl som offentliga tjänster har diskuterats och övervägts i olika sammanhang. Hösten 2011 uttalade regeringen i prop. 2011/12:28 att den mest ändamålsenliga åtgärden för att stärka rättigheterna och skyddet för den enskilde skulle vara genom ändringar i den sektorsspecifika lagstiftningen, som till exempel skollagen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Många typer av konsumenttjänster faller utanför konsumenttjänstlagens tillämpningsområde, däribland behandling av personer. I dessa fall har lagen ofta tillämpats analogt, inte minst i Allmänna reklamationsnämnden. Nämnden tar däremot inte upp ärenden som kan uppfattas utgöra hälso- och sjukvård.

4.10 Marknadsföringslagen

Marknadsföringslagen (2008:846) har enligt 1 § till syfte att främja konsumenternas och näringslivets intressen i samband med marknadsföring av produkter och att motverka marknadsföring som är otillbörlig mot konsumenter och näringsidkare.

Lagen grundar sig på ett antal EU-direktiv. Utgångspunkten är att marknadsföring som strider mot god marknadsföringssed är att anse som otillbörlig, om den i märkbar mån påverkar eller sannolikt påverkar mottagarens förmåga att fatta ett välgrundat affärsbeslut. I 7 § finns bestämmelser om aggressiv marknadsföring. Marknadsföring är att anse som aggressiv bl.a. om den innefattar trakasserier, tvång, fysiskt våld, hot eller annat aggressivt påtryckningsmedel.

I lagen finns även bestämmelser om vilseledande marknadsföring. Marknadsföring som är vilseledande, är enligt 8 § otillbörlig om den påverkar eller sannolikt påverkar mottagarens förmåga att fatta ett välgrundat affärsbeslut.

Av 10 § marknadsföringslagen följer bl.a. att en näringsidkare vid marknadsföringen inte får använda sig av felaktiga påståenden eller andra framställningar som är vilseledande i fråga om näringsidkarens egen eller någon annans näringsverksamhet. Detta gäller bl.a. särskilt framställningar som rör produktens förekomst, art, mängd, kvalitet och andra utmärkande egenskaper och produktens ursprung, användning och risker såsom inverkan på hälsa och miljö. En näringsidkare får inte heller utelämna väsentlig information i marknadsföringen av sin egen eller någon annans näringsverksamhet. Med vilseledande utelämnande avses även sådana fall när den väsentliga informationen ges på ett oklart, obegripligt, tvetydigt eller annat olämpligt sätt. Enligt 23 § får en näringsidkare vars marknadsföring är otillbörlig förbjudas att fortsätta med denna eller med någon annan liknande åtgärd.

Lagen innehåller även bestämmelser om bl.a. obeställd reklam, krav på information innan ett konsumentavtal ingås och åläggande att lämna information.

4.11 Lagen om tjänster på den inre marknaden

I lagen (2009:1079) om tjänster på den inre marknaden, och som syftar till att genomföra det s.k. tjänstedirektivet (Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden), finns allmänna bestämmelser avseende tjänster som omfattas av direktivet. Lagen är dock enligt 2 § 5 bl.a. inte tillämplig på tjänster som är förbehållna reglerade yrken inom hälso- och sjukvården samt läkemedelstjänster utförda av yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och som utförs för att bedöma, bibehålla eller återställa patienters hälsotillstånd. Med reglerat yrke avses enligt 4 § yrke som enligt lag eller förordning kräver en bestämd yrkeskvalifikation för att få utövas eller ger den som har en bestämd yrkeskvalifikation rätt att använda en viss yrkestitel. Tjänster som utförs av personer som är verksamma inom KAM-området bedöms dock i allmänhet falla in under lagens tillämpningsområde.

Vissa bestämmelser i lagen innebär att en tjänsteleverantör på eget initiativ har en skyldighet att lämna viss information till en tjänstemottagare. Det rör sig främst om sådan information som tjänstemottagare i allmänhet kan vara betjänt av att få dela av såsom pris på tjänsten, avtalsvillkor etc. Det finns dock i 16 § 9 vissa krav som vad gäller KAM-området kan sägas vara av särskild betydelse och det är kravet om att information ska lämnas om försäkring som gäller för tjänsten.

Av 16 § andra stycket följer att den information som tjänsteleverantören på eget initiativ är skyldig att lämna ska finnas lätt tillgänglig för tjänstemottagaren på platsen för avtal eller utförande, på elektronisk väg eller i informationshandlingar om tjänsten. Informationen ska ges på ett klart och entydigt sätt och i god tid innan avtalet ingås, eller om skriftligt avtal inte finns, innan tjänsten utförs.

Av 17 § 3 följer även att om en tjänstemottagare begär det, så har en tjänsteleverantör vidare skyldighet att lämna viss annan information såsom bl.a. om de uppförandekoder som tjänsteleverantören följer och var dessa finns att tillgå elektroniskt.

Tjänsteleverantörens skyldighet enligt 16 och 17 §§ att lämna information är sanktionerad. I 18 § anges att om en tjänsteleverantör inte lämnar information i enlighet med nämnda bestämmelser ska marknadsföringslagen (2008:486) tillämpas, med undantag av bestämmelserna i 29–36 §§ om marknadsstörningsavgift. Sådan information ska anses vara väsentlig enligt 10 § tredje stycket marknadsföringslagen.

Det finns också i 18 § en bestämmelse som innebär att en tjänsteleverantör är skyldig att besvara klagomål från en tjänstemottagare inom skälig tid och skyndsamt försöka finna en tillfredsställande lösning. Någon särskild sanktion avseende denna skyldighet finns inte införd i lagen. Enligt vad som framgår av förarbetena var skälet för detta att regeringen ansåg att brister i en tjänsteleverantörs klagomålshantering kan prövas med stöd av marknadsföringslagen även utan att det särskilt anges i lag (se prop. 2008/09:187, s. 63).

4.12 Skattelagstiftning

Mervärdesskattelagen

Av 3 kap. 4 § mervärdesskattelagen (2008:486, ML) följer att från skatteplikt undantas omsättning av tjänster som utgör sjukvård, tandvård eller social omsorg. Undantaget gäller även varor eller tjänster av annat slag som vårdgivaren omsätter som ett led i denna. För att sjukvården ska vara undantagen skatteplikt krävs vidare enligt 3 kap. 5 § att vården tillhandahålls antingen på ett sjukhus eller av någon med legitimation att utöva yrke inom sjukvården.

Skatteverket anger i sin vägledning om Skattefrihetens omfattning att det i ML:s definition av sjukvård anges att det ska vara fråga om medicinska åtgärder (1). Skatteverket skriver vidare att ”enligt Socialstyrelsen ska åtgärderna, för att uppfylla kravet på ”medicinsk”, stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vetenskap och beprövad erfarenhet är en term för att beteckna att metoden är vetenskapligt prövad och att det finns en viss erfarenhet av dess verkningar. Enligt Socialstyrelsen är det åtgärder som kan godkännas av Socialstyrelsen som sjukvård.”

Åtgärder som inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet betraktas således inte som sjukvård och omfattas inte av skattefrihet. Detta gäller enligt Skatteverket även om dessa åtgärder utförs av någon som har behörighet enligt patientsäkerhetslagen.

Enligt Skatteverket omfattas således sådant som vanligen benämns alternativvård eller vad som faller under 5 kap. i patientsäkerhetslagen ”Begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder” inte av skattefrihet. Som alternativvård betraktas enligt Skatteverket exempelvis aromaterapi, rosenterapi, vacusacbehandling och olika former av healing.

Skattefriheten gäller inte heller för bl.a. skönhetsvård, allmän rekreation och friskvård och kostråd, t.ex. för viktminskning samt massage av olika slag som ges som muskelavslappning och för att öka välbefinnandet. Om kostråden eller massagen ges för att behandla en diagnostiserad sjukdom eller skada kan den dock betraktas som skattefri sjukvård om den ges på sjukhus eller av någon med legitimation.

Åtgärder som enligt Skatteverket emellertid kan utgöra sjukvård kan är akupunktur som utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och samtalsstöd vid relationsstörningar.

Om en viss metod ska vara undantagen från skatteplikt eller inte har prövats rättsligt i olika ärenden. Ett exempel är feldenkraismetoden. Högsta förvaltningsdomstolen ansåg att den metoden kan betraktas som sådan sjukvård som omfattas av undantaget från skatteplikt. Metoden anses kunna användas som en sjukgymnastisk behandlingsmetod och utgöra sådan sjukvårdande behandling som tillhandahålls inom ramen för legitimationen som fysioterapeut. När tjänsten tillhandahålls av någon som inte är patient hos en fysioterapeut är inte undantaget tillämpligt och ska då beskattas med normalskattesatsen 25 procent (HFD 2015 not. 43).

Osteopati som tillhandahålls av en legitimerad fysioterapeut anses dock inte kunna undantas från skatteplikt. Socialstyrelsen anförde i sitt yttrande att osteopatisk behandling får anses grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet inom sitt eget område vilket inte ska jämställas med den beprövade erfarenheten och vetenskapen som legitimerade sjukgymnaster grundar sin behandling på. Enligt Socialstyrelsen omfattas osteopatiska tjänster inte av legitimationen som fysioterapeut (SRN 2008-10-28, dnr 42-06/I). Skatteverket delade Skatterättsnämndens bedömning.

Friskvårdsbidrag

En arbetsgivare kan ge personalen möjlighet till enklare slag av motion och annan friskvård genom att subventionera aktiviteten helt eller delvis, så kallat friskvårdsbidrag. Motionen eller friskvården ska vara av enklare slag och mindre värde, se vidare i 11 kap. 11–12 §§ inkomstskattelagen (1999:1229).

Begreppet friskvård omfattar även alternativmedicinska behandlingar. Metoder som kan ge rätt till bidrag är bl.a. rosenterapi, akupunktur, akupressur, kinesiologi, zonterapi, ljusterapi, homeopati, osteopati och floating rest (se bl.a. Skatteverket 2005-04-27, dnr 130 205744-05/111). Gällande akupressur, kinesiologi, zonterapi m.m. uttalar Skatteverket att gemensamt för dessa behandlingsformer är att de syftar till att förebygga och motverka ömhet och stelhet i

exempelvis axlar, armar, nacke eller rygg som kan uppkomma i samband med ensidigt arbete. Dessutom kan behandlingarna också ha positiva effekter för personer som har sömn- och koncentrationssvårigheter orsakade av stress på arbetsplatsen.

Friskvårdsbidrag för kiropraktik och naprapati kan inte erhållas förutsatt att det inte handlar om massagebehandlingar av enklare slag. Att friskvårdsbidrag inte kan betalas ut för dessa behandlingar hänger samman med att de är att betrakta som hälso- och sjukvård.

Resonemangen kring friskvårdsbidrag utvecklas i kapitel 6.

Referenser

1. Skatteverket Rättslig vägledning, www4.skatteverket.se/rattslig-vagledning/edition/2019.1/338091.html#h-Definition-av-sjukvard (hämtad 2019-02-26).

5 Myndigheternas uppdrag och erfarenheter av KAM

I detta kapitel görs en genomgång av olika myndigheters uppdrag och i vilken uträckning uppdragen berör frågor om KAM. Få av de uppräknade myndigheterna har direkt uttalade uppdrag rörande KAM. Däremot har flera myndigheter i uppdrag att i olika sammanhang ta ställning till vilka metoder som är hälso- och sjukvård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och vilka metoder som inte är det. Detta innebär indirekt att ställning ofta tas till vilka metoder som är KAM.

5.1 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

IVO:s tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet omfattar hälso- och sjukvården och dess personal. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter, dvs. att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen uppfylls. Vidare ska IVO efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. En sådan anmälan får göras av den

patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till honom eller henne.

Om IVO får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn, ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och, om det behövs, göra anmälan till åtal.

Sedan den 1 januari 2018 gäller ett nytt klagomålssystem. Syftet är bl.a. att förtydliga ansvarsfördelningen och öka effektiviteten i hanteringen av klagomål inom hälso- och sjukvård. Klagomålssystemet innebär att IVO:s utredningsskyldighet har begränsats, så att tyngdpunkten nu ligger på allvarliga händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård har fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit. IVO ska även ha en nära samverkan med patientnämnder och vårdgivare och ta del av de patientberättelser som kommer in. Det nya klagomålssystemet innebär vidare att IVO:s tillsyn i högre grad bedrivs genom inspektion där vården utförs och inte främst genom skriftliga underlag.

IVO:s uppdrag inom KAM

IVO:s uppdrag omfattar enligt patientsäkerhetslagen även hälso- och sjukvårdande åtgärder som utförts av annan än hälso- och sjukvårdspersonal. Det handlar emellertid inte om ett tillsynsuppdrag enligt definitionen i 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. Däremot ska IVO vidta vissa åtgärder om de får kännedom om missförhållanden hos en KAM-aktör. Någon närmare specifikation av IVO:s arbete med KAM följer inte av myndighetens instruktion eller regeringsuppdrag.

Av 7 kap. 23 § patientsäkerhetslagen följer att om IVO får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn, ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och, om det behövs, göra anmälan till åtal. Detsamma gäller om någon som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har brutit mot någon av bestämmelserna i 5 kap. 1 § 1–7, dvs. en vårdgivare inom KAM.

För personer som bryter mot bestämmelserna i 5 kap. 1 § och döms för brott, kan IVO besluta om förbud för utövaren att under

viss tid eller för alltid utöva verksamhet. Ett sådant beslut får förenas med vite (10 kap. 8 §). Samma gäller om en person under utövning av verksamhet som sägs i 5 kap. 1 § uppsåtligen eller av oaktsamhet tillfogar den undersökte eller behandlade en skada som inte är ringa, eller framkallar fara för en sådan skada.

I och med att KAM-verksamhet (dvs. åtgärder utförda av personer som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen) inte omfattas av IVO:s tillsyn behöver utövare inom KAM inte anmäla sin verksamhet till IVO. Verksamheterna finns heller inte med i IVO:s register över sjukvårdsinrättningar. KAM-utövare har dessutom inte någon anmälningsskyldighet till IVO rörande händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Vidare är inte bestämmelserna om att IVO ska lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen och informera och ge råd till allmänheten, tillämpliga på KAM-utövare. Tillämpliga är heller inte patientsäkerhetslagens bestämmelser om hantering av klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Det finns avslutningsvis ingen uttrycklig skyldighet för KAM-utövare att på IVO:s begäran lämna över handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som inspektionen behöver för sin tillsyn.

IVO kan i sin ordinarie tillsyn ha att ta ställning till om vård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet och om den metoden kan anses farlig.

IVO:s ärenden och erfarenheter av KAM

Ärenden rörande komplementär- och alternativ medicin har varit relativt ovanliga hos tillsynsmyndigheterna (tidigare Socialstyrelsen och nu IVO). Detta gäller både åtgärder som utförts av legitimerad personal och åtgärder som utförts av andra och som definitionsmässigt hamnar under bestämmelserna i 5 kap. 1 §. Ärenden som i ett senare skede leder till återkallande av legitimation eller påföljder som straff eller böter är ännu mer sällsynta.

Behörighetsutredningen presenterade en sammanställning av erfarenheterna från Socialstyrelsens tillsyn i sitt betänkande *Kompetens och ansvar* (SOU 2010:65). Alla de svarande tillsynsenheterna

(fem av sex) uppgav att det förekom anmälningar som avsåg verksamhet som låg utanför myndighetens tillsynsuppdrag. Några enheter uppgav att de fått få anmälningar och några uppgav att de fått flera.

När det gällde förekomsten av skador och biverkningar hade någon enhet erfarenhet av skador medan flera uppgav att de inte hade någon erfarenhet.

IVO har för vår utredning gjort en sammanställning av de regionala tillsynsavdelningarnas ärenden och erfarenheter av komplementär- och alternativ medicin. Uppgifterna inhämtades hösten 2017–2018. Avdelningarna uppgav att de hade lite erfarenhet av komplementär och alternativ medicin och att det är ovanligt att klagomål kommer in. De flesta avdelningarna hade något eller några aktuella tillsynsärenden där hälso- och sjukvårdspersonal använt sig av alternativa metoder. Som exempel kan nämnas en läkare som använde sig av tankefältsterapi, en sjuksköterska som delade vissa läkemedel som inte var godkända av Läkemedelsverket och en tandläkare som hänvisat patienter till en privatperson som tillhandahållit medel för behandling av cancersjukdom.

Det fanns även några enstaka ärenden rörande personer som inte tillhörde hälso- och sjukvårdspersonalen och där bestämmelserna i 5 kap. 1 § blivit tillämpliga, bl.a. ett ärende angående behandling av barn.

IVO:s upplysningstjänst hade under perioden 1 september 2016 –31 augusti 2017 21 synpunkter eller frågor som rörde alternativmedicin och kvacksalveri. Det handlade bl.a. om synpunkter från privatpersoner på legitimerad personal som drev verksamhet som sysslade med bioresonansbehandling av allergi, legitimerade optiker som sålde homeopatpreparat osv. Det har också varit frågan om mejl från legitimerad personal som drev eller planerade att starta alternativmedicinsk verksamhet och där frågan varit om det är tillåtet att syssla med verksamhet som inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.

5.2 Läkemedelsverket

Av Läkemedelsverkets instruktion (2007:1205) följer att myndigheten ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel, narkotika och vissa andra produkter som står läkemedel nära. Myndigheten ansvarar också för tillsyn av medicintekniska produkter, kosmetiska produkter, tatueringsfärger och vissa varor som är avsedda för kosmetiska och hygieniska ändamål. Kontrollen och tillsynen är till stor del lagreglerad.

Läkemedelsverket ska enligt sin instruktion bl.a. svara för föreskrifter i fråga om läkemedel och andra produkter som omfattas av myndighetens kontroll eller tillsyn, svara för information inom sitt ansvarsområde till andra myndigheter och enskilda, svara för forskning på områden av betydelse för den kontroll och tillsyn som myndigheten ska bedriva, tillhandahålla producentobunden läkemedelsinformation till allmänheten m.m.

Genom Giftinformationscentralen har myndigheten till uppgift att lämna giftinformation och behandlingsråd till hälso- och sjukvården och allmänheten avseende akuta förgiftningar med läkemedel, kemikalier och andra produkter samt biologiska toxiner. Läkemedelsverket ska också bedriva utrednings- och utvecklingsverksamhet för att förbättra läkemedelsanvändningen samt verka för samordning och samverkan mellan de aktörer som är verksamma på området.

Läkemedelsverket uppdrag inom KAM

Växtbaserade läkemedel, traditionella växtbaserade läkemedel, naturläkemedel och homeopatiska läkemedel är vanligt förekommande inom KAM-vården. Läkemedelsverket ansvarar för godkännande och registrering av dessa läkemedel. Bestämmelser runt processen m.m. återfinns bl.a. i olika EU-direktiv, läkemedelslagen (2015:315) och Läkemedelsverkets egna föreskrifter.

Läkemedelsverket har i uppdrag att godkänna växtbaserade läkemedel. För växtbaserade läkemedel tillämpas samma godkännandeprocedur som för konventionella läkemedel, där Läkemedelsverket bedömer kvalitet, säkerhet och effekt för produkter. Godkända växtbaserade läkemedel kan vara receptfria eller receptbelagda.

Traditionella växtbaserade läkemedel får försäljas först efter att de har registrerats av Läkemedelsverket. De traditionella växtbaserade läkemedlen genomgår en förenklad registrering för att erhålla försäljningstillstånd vilket innebär att effekt och säkerhet bedöms utifrån traditionell och långvarig användning. Tradition- eller växtbaserade läkemedel är alltid receptfria och får försäljas fritt i detaljhandeln.

Även naturläkemedel måste vara godkända av Läkemedelsverket för att få säljas. Godkända naturläkemedel får säljas fritt i detaljhandeln. För naturläkemedel bedömer Läkemedelsverket produkternas kvalitet och säkerhet. Effektbedömningen baseras bl.a. på dokumenterad användning i länder som med avseende på läkemedelsanvändning står Sverige nära.

Homeopatiska läkemedel måste också registreras för att få säljas på den svenska marknaden. Vid utredning av en ansökan om registrering av ett homeopatiskt läkemedel bedömer Läkemedelsverket bl.a. kvalitet, säkerhet, märkning och homeopatisk användning. Läkemedelsverket värderar inte effekten hos homeopatiska läkemedel. Det finns heller inga krav att genom kliniska studier eller litteraturreferenser vetenskapligt visa att ett homeopatiskt läkemedel har effekt. Någon effekt och/eller indikation får heller inte anges för ett homeopatiskt läkemedel.

På Läkemedelsverkets hemsida återfinns information om växtbaserade läkemedel, naturläkemedel och homeopatiska läkemedel riktad mot hälso- och sjukvård, apotek, företag och allmänhet.

För exempelvis homeopatiska läkemedel återfinns bl.a. konsumentinriktad information om vad ett homeopatiskt läkemedel är. Det anges också att vilket homeopatiskt läkemedel som bör användas vid ett visst sjukdomstillstånd företrädesvis bör bestämmas i samråd med en terapeut eller homeopat. Information finns också om att det i Sverige inte finns något system för legitimering eller några utbildningskrav för den som vill utöva homeopati.

På hemsidan avråder Läkemedelsverket gravida, ammande och barn under åtta år från att använda homeopatiska läkemedel. Det anges också att det är förbjudet i lag för andra än legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att behandla sjukdomar eller komplikationer i samband med graviditet eller förlossning och att det är förbjudet att undersöka eller behandla barn som inte har fyllt åtta år.

Även för traditionella växtbaserade läkemedel och naturläkemedel finns rekommendationer kring användningen. För traditionella växtbaserade läkemedel anges att de är avsedda för egenvård och att det för vissa produkter rekommenderas att man tar kontakt med läkare innan preparatet används för att utesluta en allvarligare bakomliggande sjukdom som kräver annan behandling. Naturläkemedel ska enligt Läkemedelsverket endast användas för egenvård.

5.3 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i uppdrag att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) ur ett medicinskt perspektiv där så är tillämpligt, samt ur ett ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv.

I SBU:s instruktion (2007:1233) framhålls att myndigheten ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att huvudmän (landsting och kommuner), vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. SBU ska kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter.

Vidare har SBU bl.a. i uppdrag att systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om samt utvärdera behandlingsmetoder i vården vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om.

Förutom SBU:s allsidiga vetenskapliga utvärderingar som innefattar systematiska översikter, ekonomiska/hälsoekonomiska analyser samt genomgång av sociala och etiska aspekter, gör SBU en rad andra produkttyper. Bl.a. kommenterar SBU systematiska översikter från andra internationella aktörer samt utför mindre omfattande litteraturgenomgångar där sjukvården och socialtjänsten kan få svar på avgränsade frågor. SBU bereder även frågor för andra myndigheters eller uppdragsgivares verksamhet eller beslut, exempelvis genom att ta fram kunskapsunderlag till socialstyrelsens nationella

riktlinjer. SBU identifierar kontinuerligt vetenskapliga kunskapsluckor och publicerar dem på SBU:s webbplats som stöd för forskare och forskningsfinansiärer i deras prioritering av områden för ny forskning.

SBU:s uppdrag inom KAM

SBU har inget uttryckligt uppdrag att följa forskning och andra frågor inom KAM. Däremot ingår det i uppdraget att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården vilket även kan innefatta KAM-metoder. Frågor om KAM har också regelbundet ingått i rapporter m.m. från SBU. En genomgång som SBU har genomfört för vår utredning visar att KAM-metoder återfinns i SBU:s samtliga produkttyper. Genomgången omfattade samtliga SBU:s produkter perioden 1987–2018. KAM-metoder som behandlats är bl.a. akupunktur, massage, vitaminer, biofeedback, hypnos, yoga, mindfulness, fettsyror och TENS. Sammanställningen beskrivs i kapitel 13 (1).

5.4 Folkhälsomyndigheten

Enligt sin instruktion (2013:1020) ska Folkhälsomyndigheten verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta. Myndigheten har i uppdrag att genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning bl.a. främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Vidare ska myndigheten svara för kunskapsuppbyggnad inom sitt ansvarsområde och förse regeringen och statliga myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag inom sitt ansvarsområde.

Folkhälsomyndigheten ska också identifiera, analysera och förmedla för ansvarsområdet relevant kunskap till berörda i kommuner, landsting och andra berörda samhällssektorer. Exempelvis ska myndigheten verka för att förskrivare, övriga berörda yrkesgrupper och allmänheten tillämpar de kunskaper som finns om antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens.

Myndigheten har ett övergripande nationellt ansvar för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och samordnar smittskyddet på nationell nivå. Folkhälsomyndigheten tar bl.a. fram föreskrifter, rekommendationer och vägledningar till hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är att säkerställa ett effektivt smittskyddsarbete. Några av myndighetens ansvarsområden är vaccinationer, beredskapsplanering inför utbrott av smittsamma sjukdomar samt nationella beredskapslager av smittskyddsläkemedel. Även det nationella arbetet med antibiotikaresistens och vårdhygien samordnas av myndigheten.

Folkhälsomyndighetens uppdrag inom KAM

Folkhälsomyndigheten har inget uttryckligt uppdrag gällande KAM. Däremot är myndigheten involverad i framtagandet av de bilagor till smittskyddslagen (2004:168) som anger de allmänfarliga sjukdomarna och de samhällsfarliga sjukdomarna. Sådana sjukdomar är anmälningspliktiga enligt 3 § smittskyddslagen och får enligt patientsäkerhetslagen 5 kap. 1 § endast behandlas av hälso- och sjukvårdspersonal.

Folkhälsomyndigheten bedriver, inom ramen för sitt smittskyddsuppdrag ett omfattande arbete med vaccinationer och tar bl.a. fram informationsmaterial om vaccinationsprogram m.m. Vaccin i sig utgör inte KAM. Frågeställningar om för och emot vacciner uppkommer emellertid regelbundet i diskussioner om KAM.

5.5 Socialstyrelsen

Av förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen följer att myndigheten är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet inklusive tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsen ska genomföra sitt uppdrag genom regler (föreskrifter), kunskap och statsbidrag. Socialstyrelsen ska också ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde.

Socialstyrelsen ska genom kunskapsstöd (som nationella riktlinjer, rekommendationer och föreskrifter) bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Här i

ingår uppgifter som att inventera kunskapsläget och utveckla ny kunskap samt sammanställa och analysera denna kunskap. Myndigheten ska också följa upp och utvärdera utvecklingen av vården och omsorgen, utveckla och förvalta nationella indikatorer för god hälsa, vård och omsorg samt redovisa analyser av verksamheternas processer, resultat och kostnader.

Myndigheten ansvarar vidare för hälso- och socialtjänstregister och övriga statistikdatabaser. Socialstyrelsen ansvarar för en rad förvaltningsärenden bl.a. när det gäller beslut om behörigheter för olika professioner och statsbidrag. Myndigheten har också ett särskilt uppdrag när det gäller kurser för specialistläkare. Arbetet med de nationella riktlinjerna utgör en betydande del av uppdraget.

Socialstyrelsen ska, i enlighet med förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst samverka med vissa andra statliga myndigheter för att säkerställa att styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst utgör ett stöd för huvudmän (landsting och kommuner) och olika professioner som har ansvar för patienter och brukare. Samverkan sker inom ramen för Rådet för styrning med kunskap. I ett särskilt forum, Huvudmannagruppen, sker ett informationsutbyte med huvudmännen.

Socialstyrelsens uppdrag inom KAM

Socialstyrelsens uppdrag är brett och innefattar flera olika frågor inom bl.a. hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningens bedömning är att myndigheten i dag inte har några specifika uppdrag gällande KAM. Någon särskild information om KAM finns exempelvis inte heller på myndighetens hemsida. Socialstyrelsen har emellertid en central roll när det gäller kunskapsstyrningen av vården, bl.a. när det gäller framtagandet av de nationella riktlinjerna.

Hälso- och sjukvården ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. I framtagandet av kunskapsstöd som nationella riktlinjer måste myndigheten således ta ställning till vilka metoder som får anses vedertagna och vad som inte är det och snarast är att betrakta som KAM-metoder. Det finns också exempel där Socialstyrelsen har yttrat sig i domstol kring om en metod kan anses vara förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Indirekt kan därför

frågeställningar om KAM anses vara en del av Socialstyrelsens grunduppdrag.

Som framgått av bl.a. kapitel 6 finns det flera metoder som både används inom hälso- och sjukvården och inom KAM. Detta gäller exempelvis akupunktur, hypnoterapi och mindfulness. I vissa fall är utövarna legitimerade eller definierade som hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. I andra fall är utövarna att betrakta som KAM-aktörer.

En genomgång av de nationella riktlinjerna som Socialstyrelsen har gjort för utredningens räkning visar att akupunktur som metod återfinns som en åtgärd som anses kunna användas för vissa tillstånd. Inom riktlinjerna för tandvård anges akupunktur som en metod som kan användas bl.a. vid huvudvärk associerad med käkfunktionsstörning och käkmuskelsmärta. Hypnoterapi kan enligt Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor i vissa fall användas vid dagligrökning hos vuxen (2). Enligt riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar kan elektroakupunktur användas vid behandling av artros i knä när grundbehandling inte har givit tillräckligt med resultat. Lågenergilaser anses i undantagsfall kunna användas mot artros i knä, när grundbehandling inte har givit resultat (3). Inom området depression och ångest anges att hälso- och sjukvården bör erbjuda återfallsförebyggande behandling med KBT eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi till vuxna som efter recidiverande perioder av egentlig depression uppnått remission (4). Däremot anges att hälso- och sjukvården inte bör erbjuda ljusterapi med vitt morgonljus till vuxna med lindrig till medelsvår egentlig depression.

Hygienisk verksamhet

Socialstyrelsen har därutöver ett uppdrag när det gäller hygienisk verksamhet. Myndigheten utfärdar här allmänna råd (SOSFS 2006:4). Kommunerna har tillsynsansvaret. Med hygienisk verksamhet avses enligt de allmänna råden sådan hygienisk verksamhet som erbjuds allmänheten och som inte står under IVO:s tillsyn enligt 7 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Exempel på hygienisk verksamhet som räknas upp i de allmänna råden och i den handbok på området som Socialstyrelsen har publicerat är bl.a. massage och annan kroppsvård,

fotvård och akupunktur. Flera olika KAM-behandlingar kan rymmas inom dessa begrepp. Enligt Socialstyrelsens handbok anses dock inte healing/handpåläggning, homeopati, irisdiagnostik och öronljus utgöra hygienisk verksamhet.

I de allmänna råden återfinns bl.a. råd kring rutiner vid ingrepp och behandling, hur instrument och redskap ska behandlas, lokalernas utformning och egenkontroll. Vidare anges att information om eventuella hälsorisker i samband med den hygieniska behandlingen bör lämnas till kunden. I de fall speciell efterbehandling behövs bör kunden, enligt Socialstyrelsen, även få skriftlig information om skötselrutiner. I handboken har exempelvis branschråd från Kroppsterapeuternas yrkesförbund och Svenska Akupunkturförbundet bilagts.

5.6 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Av instruktionen för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2007:1206) följer att myndigheten ska medverka till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och tandvård samt till en god tillgänglighet till läkemedel i samhället och en väl fungerande apoteksmarknad. I myndighetens uppdrag ingår att pröva vilka läkemedel som ska vara subventionerade och omfattas av högkostnadsskyddet samt att fastställa försäljningspriser. Myndigheten avgör även vilka förbrukningsartiklar som ska ingå i högkostnadsskyddet och fastställer produktens försäljningspris. TLV har också ett tillsynsuppdrag genom att de utövar tillsyn över de aktörer som ska följa förmånslagen, det vill säga främst läkemedelsföretag.

TLV utvärderar läkemedel som används på kliniker och publicerar hälsoekonomiska bedömningar av dessa. Hälsoekonomiska kunskapsunderlag tas fram till landstingen på efterfrågan av landstingen via en landstingsgemensam grupp, Rådet för nya terapier (NT-rådet).

TLV:s uppdrag inom KAM

TLV har inget specifikt uppdrag rörande KAM. Godkända läkemedel kan subventioneras och ingå i läkemedelsförförmånerna liksom licensläkemedel och lagerberedningar. Receptfria läkemedel kan också subventioneras om de uppfyller samma kriterier som

receptbelagda läkemedel. Däremot kan inte naturläkemedel subventioneras.

5.7 Konsumentverket

Konsumentverket har ansvar för att de konsumentskyddande regler som ligger inom myndighetens tillsynsansvar följs, att konsumenter har tillgång till information och vägledning om konsumenters rättigheter och skyldigheter samt annan information som ger dem möjlighet att göra väl avvägda val. Konsumentverket arbetar också med kunskapsbyggande, omvärldsbevakning och internationella frågor för att konsumenter inte råka illa ut när de köper varor eller tjänster.

Myndigheten ska även stärka konsumenternas ställning på marknaden genom kontakter med privata aktörer och i det arbetet genomföra branschöverenskommelser och insatser på standardiseringsområdet. Inom hälsoområdet har Konsumentverket exempelvis en branschöverenskommelse med Sveriges Privattandläkarförening. Konsumentverket har också tillsammans med branschförbund tagit fram vägledningar för hur tjänster ska erbjudas konsumenterna. Bl.a. finns en vägledning om hur en personlig tränare bör arbeta för att erbjuda en säker tjänst till konsumenten.

Konsumentverket har även en upplysningstjänst, *Hallå konsument*, som privatpersoner kan vända sig till med frågor om köp av varor och tjänster, avtal, reklamationer, hållbara val m.m. Det finns flera olika sätt att kontakta Hallå konsument: besök på webbplatsen, telefon, mejl eller genom en chattfunktion där myndighetens vägledare kan svara på frågor. Frågor kan även ställas i Hallå konsuments frågeforum på webbplatsen.

Konsumentverkets uppdrag inom KAM

Konsumentverket har i flera olika tillsynsärenden behandlat frågor rörande KAM. Som exempel kan nämnas ärenden rörande otillbörlig marknadsföring av bioresonansterapi, som bl.a. påståtts kunna bota allergier m.m., marknadsföring av homeopati samt atlantotecmetoden som påstods kunna bota eller lindra besvär av bl.a. yrsel, synfel,

ryggsmärta, tinnitus m.m. Företagen som har tillhandahållit tjänsterna har ansetts ägnat sig åt otillbörlig marknadsföring när det gäller metodernas förmåga att bota bl.a. sjukdomar.

Konsumentverket har i *Konsumentrapporten 2018* gjort en analys av skönhetsbehandlingar och konsumenternas skydd. Även om skönhetsbehandlingar i sig inte är att betrakta som KAM finns det många likheter med KAM genom att ingrepp/behandlingar i många fall utförs av icke-legitimerad personal, att patientförsäkringarna ofta inte gäller och att behandlingarna ofta hamnar utanför IVO:s direkta tillsynsansvar (5). Information om skönhetsbehandlingar återfinns också på sidan Hallå konsument.

I dag finns i övrigt ingen specifik konsumentinformation om KAM-aktörer och KAM på Konsumentverkets hemsida.

Referenser

1. SBU. Komplementär- och alternativmedicinska metoder i SBU:s publikationer åren 1989–2018. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. SBU-rapport nr 298. ISBN 978-91-88437-40-2.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen 2018. ISBN: 978-91-7555-470-9.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar: osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit – Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen 2012. ISBN: 978-91-87169-32-8.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen 2017. ISBN: 978-91-7555-436-5.
5. Konsumentverket. Konsumentrapporten 2018 – läget för Sveriges konsumenter Konsumentverket 2018.

6 Översikt över KAM och KAV i Sverige

6.1 Yrkesorganisationer inom KAM

- Det finns ett stort antal yrkesorganisationer för KAM-utövare i Sverige.
- Många av yrkesorganisationerna är avsedda för utövare inom en viss metod eller ett visst terapeutiskt system, men det finns också de som är riktade mot utövare av flera olika metoder. Det finns även ett fåtal paraplyorganisationer/branschorganisationer inom området.
- För medlemskap för yrkesverksamma ställer organisationerna krav på viss utbildning. Detta gäller vanligen inom den aktuella metoden eller systemet, men ibland även inom anatomi, fysiologi, sjukdomslära m.m.
- Yrkesorganisationerna driver en stor bredd av frågor, bl.a. verkar de för informationsspridning, kvalitetssäkring och ökad patientsäkerhet samt fortbildningsaktiviteter för medlemmarna.
- Etiska riktlinjer tillämpas av de flesta organisationerna. En del har även etiskt råd/nämnd.

I Sverige finns ett stort antal yrkesorganisationer inom KAM-området. Utredningen har gjort en översiktlig redovisning av ett drygt trettiotal organisationer som vi har identifierat, se bilaga 5. Redovisningen gör inte anspråk på att vara heltäckande utan ska ses som exempel på yrkesorganisationer inom det utredningen definierat som KAM-området. Redovisningen bygger i huvudsak på information tillgänglig från organisationernas hemsidor och till viss del

på material som utredningen har tillhandahållits direkt från organisationerna. Organisationerna har getts möjlighet att lämna synpunkter på respektive beskrivning. Det ska tilläggas att inte samtliga organisationer anser sig utöva KAM. Nedan följer en kortfattad redogörelse av utredningens observationer utifrån kartläggningen.

Kartläggningen visar att de flesta av organisationerna är för yrkesutövare som arbetar med en viss metod eller ett visst terapeutiskt system. Några av organisationerna är dock för utövare inom flera olika metoder. Ett fåtal organisationer är avsedda för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal: Läkarföreningen för antroposofiskt orienterad medicin (LAOM), Sjuksköterskeförbundet för Antroposofisk Läkekonst (SAL), Föreningen för Integrativ Medicin (FIM) och Läkarföreningen för Integrativ Medicin (LIM)[1]. Det finns även organisationer som är rena certifieringsorganisationer och organisationer som håller i ett register över utövare. Exempel på detta är Branschorganisationen Medicinsk Massageterapi (BMM) som certifierar medicinska massageterapeuter och Register Auktoriserade Counsellors Sverige (RACS) som är ett kvalitetsregister över auktoriserade RACS counsellors i Sverige (professionella samtalsterapeuter). Det finns också ett fåtal branschorganisationer och paraplyorganisationer som samlar yrkesorganisationer inom ett eller flera områden inom KAM. De kan även omfatta andra aktörer såsom intresseföreningar och skolor. Tre exempel på branschorganisationer och paraplyorganisationer är KAM-kommittén för komplementär och alternativ medicin, Svensk Förening för Antroposofisk Medicin och Terapi (SAMT) och Svensk Massage.

Flertalet av de enskilda organisationerna, för vilka vi har uppgift om medlemsantal, är mindre organisationer med cirka 40–340 medlemmar. Endast två av organisationerna har fler än 1 000 medlemmar: Skandinaviska förbundet Komplementärmedicin (SFKM) med drygt 1 100 medlemmar samt Kroppsterapeuternas Yrkesförbund (KrY) med cirka 4 300 medlemmar. Gemensamt för dessa två är att de organiserar terapeuter inom flera olika områden, däribland massage. Många av yrkesorganisationerna har någon form av förteckning över sina yrkesverksamma medlemmar tillgänglig på sin hemsida. I vissa fall är detta i form av ett sökbart register.

[1] Under år 2019 avser Föreningen för Integrativ Medicin (FIM) och Läkarföreningen för Integrativ Medicin (LIM) att gå samman.

Majoriteten av organisationerna i vår kartläggning, för vilka vi har uppgiften, har bildats under åren 2000–2010, men det finns flera både från 1970-talet, 1980-talet och 1990-talet. Den äldsta organisationen, Svenska Homeopaters Riksförbund (SHR), bildades redan år 1928.

För medlemskap för yrkesverksamma ställer organisationerna krav på viss utbildning. Ofta gäller det inom den aktuella metoden, men ett antal organisationer ställer även krav på utbildning i anatomi, fysiologi, sjukdomslära m.m., ibland även kallat basmedicinsk utbildning. För mer information om vilka utbildningar och utbildningsaktörer som organisationerna rekommenderar hänvisas till avsnitt 6.2 och bilaga 5. Bland de organisationer som ställer krav på basmedicinsk utbildning i vår kartläggning varierar omfattningen mellan motsvarande 12–60 högskolepoäng (hp). Ansvars- och patientskadeförsäkring är också ett krav för yrkesverksamma i en del organisationer. De flesta organisationerna har även etiska riktlinjer som medlemmarna ska följa, se även avsnitt 12.2. Flera organisationer ger möjlighet till certifiering eller ackreditering av medlemmarna. Det kan bl.a. innebära högre utbildningskrav än för ordinarie medlemskap, krav på fortbildning eller krav på att medlemmen varit yrkesverksam en viss tid. Några av organisationerna tillämpar certifieringsprov. De flesta organisationerna har även andra kategorier av medlemskap än för yrkesverksamma, exempelvis för studerande och stödmedlemmar.

Yrkesorganisationerna driver en stor mängd frågor med stor bredd. En del av frågorna är metod- och organisationsspecifika, men det finns mer generella återkommande frågor såsom informationsspridning om den eller de aktuella metoden/metoderna eller det/de terapeutiska systemet/systemen, forskning, kvalitetssäkring och ökad patientsäkerhet. Vidare är det vanligt att organisationerna internt arbetar med att stötta professionen, ordnar fortbildningsaktiviteter för sina medlemmar och driver yrkesetiska frågor. Vissa av organisationerna har också ett etiskt råd eller en etisk nämnd. Några organisationer arbetar för ökad integrering i den etablerade hälso- och sjukvården. En del organisationer verkar även för legitimering av sina medlemmar eller för skyddad yrkestitel. Ett antal organisationer driver olika initiativför att stärka branschens ekonomiska förutsättningar, såsom momsbefrielse eller BOT-avdrag.

6.2 Utbildningar

- Utbildningar som rekommenderas av yrkesorganisationer inom KAM-området ges i huvudsak i enskild regi och är vanligtvis inte under statlig tillsyn. Utbildningarna har mycket varierande innehåll och omfattning. Flertalet utbildningar ges på deltid och är upplagda för att möjliggöra samtidigt arbete. Många av yrkesutbildningarna inom KAM-området innehåller inslag av, eller kräver en separat kurs i anatomi, fysiologi, sjukdomslära m.m., ibland även kallat basmedicinsk utbildning.
- Det finns kortare inslag av KAM inom programutbildningar vid tio högskolor och universitet i Sverige som svarat på utredningens enkät. I samtliga fall gäller det utbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. KAM-inslagen förefaller i huvudsak beröra metoder som delvis finns inom hälso- och sjukvården. KAM tas även upp i diskussioner kring evidens och vetenskap och beprövad erfarenhet på några lärosäten.
- Det finns även valbara kurser och fristående kurser på högskolor och universitet med KAM-inslag samt ett fåtal exempel på kurser som är helt ägnade åt komplementär och alternativ medicin, integrativ omvårdnad eller en specifik metod såsom akupunktur.

Det saknas en översikt över utbildningar inom KAM-området och utbildningar med KAM-inslag. För att få en bättre bild av utbudet av utbildningar och fortbildningar om KAM och utbildningar med KAM-inslag har utredningen genomfört tre primära aktiviteter:

1. en översiktlig sammanställning av utbildningsaktörer som lyfts fram av de yrkesorganisationer inom KAM som beskrivits i kartläggningen ovan samt utbildningsaktörernas yrkesutbildningar,
2. en enkätundersökning riktad till utvalda svenska högskolor, universitet och några enskilda utbildningssamordnare[2],

[2] Enskilda utbildningssamordnare är icke-statliga högskolor som drivs av t.ex. stiftelser eller föreningar.

3. en förfrågan till sektioner och nätverk inom Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet angående utbildning eller annan fortbildningsaktivitet inom KAM.

Utbildningsaktörer och yrkesutbildningar som rekommenderas av yrkesorganisationer inom KAM

I bilaga 5 finns en sammanställning över drygt 70 utbildningsaktörer som lyfts fram av de organisationer som sammanställs i bilaga 5 och cirka 100 yrkesutbildningar som ges av dessa utbildningsaktörer. Utredningen gör inte anspråk på en fullständig redovisning och har heller inte gjort någon kvalitetsgranskning av utbildningarna. Här sammanställs information som utbildningsaktörerna själva tillhandahåller på sina hemsidor. Sammanställningen syftar till att återge exempel och att visa på bredden av utbildningar inom KAM-området.

Sammanfattningsvis visar kartläggningen att:

- Yrkesutbildningar inom KAM som rekommenderas av KAM-organisationer ges huvudsakligen i enskild regi och är vanligtvis inte föremål för statlig tillsyn. Det finns dock undantag i form av ett fåtal utbildningar som ges av svenska högskolor och universitet, utbildningar inom yrkeshögskolan samt någon enstaka utbildning som bedrivs av fristående utbildningsaktörer som har sökt statligt stöd i form av tillsyn.

  I denna kartläggning av rekommenderade utbildningsaktörer och utbildningar via yrkesorganisationer inom KAM-området har endast tre utbildningar vid svenska högskolor och universitet identifierats: magisterprogrammet i bildterapi respektive specialistutbildningen i bildterapi vid Umeå universitet samt magisterprogrammet i musikterapi vid Kungl. Musikhögskolan i Stockholm. Vid yrkeshögskolan har utbildningar till medicinsk massageterapeut och massage- och friskvårdsterapeut från Bergqvists Massage och Friskvårdsutbildningar AB identifierats. De har också massageterapeututbildningar som beviljats stöd i form av tillsyn. Det bör påpekas att bildterapi, musikterapi och massage är exempel på metoder som finns både inom och utom hälso- och sjukvården. Det bör också framhållas att kiropraktik och naprapati inte omfattas av utredningen eftersom kiropraktor och naprapat är legitimationsyrken, varför Skandinaviska Kiropraktorhögskolan

och Naparapathögskolan inte är upptagna trots att de står under statlig tillsyn.

- Yrkesutbildningarna är mycket varierande både avseende innehåll och omfattning. Vissa utbildningar är begränsade till några veckor, medan andra innebär heltidsstudier under flera år. Inte sällan är beskrivningarna av utbildningarna korta och innehåll, upplägg och omfattning framgår inte alltid tydligt i den information som finns tillgänglig via hemsidorna. I vår kartläggning har vi gjort vissa avgränsningar, se vidare bilaga 5. Vi har bl.a. exkluderat utbildningar som enligt tillgänglig information förefaller vara kortare än motsvarande fyra veckors heltidsstudier. Ett exempel på en kortare utbildning är utbildningen till ayurvedisk hälsovägledare vid Ayurvedaskolan Human Health. Utbildningen kan läsas i flera orter i Sverige. Kursen består av tio delkurser om totalt cirka 22 dagar. För de som vill arbeta yrkesmässigt rekommenderas dock även en separat utbildning i basmedicin. Osteopatutbildning vid Skandinaviska Osteopathögskolan respektive Stockholm College of Osteopathic Medicine är exempel på längre utbildningar. Dessa ges under fyra år respektive fyra och ett halvt år, båda motsvarande 240 hp.
- Flertalet av yrkesutbildningarna ges på deltid och är upplagda så att den studerande ska kunna arbeta under pågående studier. Det kan t.ex. innebära att de fysiska sammankomsterna är uppdelade i ett block om några dagar per månad och förlagda i anslutning till helger. Det innebär också ofta att kurserna är i distansform och åtminstone delvis bygger på självstudier och hemmapraktik. Yrkesutbildningen i reflexologi som ges av Kairon Reflexologiskola är ett exempel. Denna utbildning är cirka två år lång beroende på studietakt och de fysiska sammankomsterna är uppdelad i tio undervisningsblock om vardera fyra dagar (torsdag–söndag). Tiden mellan de olika kursstegen ska användas för att träna teknik och för att få behandlingsvana. Ett annat exempel är utbildningen till akupunktör i kinesisk medicin som ges av Neijing Akademin. Denna utbildning är tre år lång motsvarande halvtidsfart och ges på distans med två till tre dagars fysiska sammankomster per månad.

- De flesta yrkesutbildningarna inom KAM-området innehåller ett visst inslag av anatomi, fysiologi och sjukdomslära m.m., även ibland kallat basmedicinsk utbildning. Det kan vara allt från några timmars undervisning till motsvarande ett års heltidsstudier. I flera fall krävs en separat kurs i basmedicin för certifiering eller diplomering. Eftersom de separata kurserna i basmedicin inte är inkluderade i vår sammanställning finns en något mer detaljerad text om dessa nedan.
- Kraven på förkunskaper för att läsa en yrkesutbildning inom KAM varierar och i vissa fall finns inga krav på förkunskaper. Vid krav på förkunskaper är det inte sällan ett krav på grundläggande behörighet, men det kan även exempelvis vara krav på språkkunskaper eller annan utbildning.
- Avgiften för yrkesutbildningarna varierar kraftigt. Bland de utbildningar som vi har sammanställt som inte är avgiftsfria och där vi har en uppgift om priset är en kostnad under 100 000 kronor vanligast, men ungefär 10 av 60 utbildningar har kostnader som överstiger 100 000 kronor. Utbildningar vid högskolor och universitet är däremot avgiftsfria[3], men kostnader för litteratur och annat studiematerial kan tillkomma. Flera folkhögskolor har utbildningar till friskvårdspedagog, hälsotränare, hälsocoach etc. där utbildningen även leder till möjlighet till certifiering inom exempelvis massage. Undervisningen vid folkhögskolor är också normalt avgiftsfri men kostnader för material, studieresor m.m. tillkommer ofta. Detsamma gäller vanligtvis även för utbildningar vid yrkeshögskolan.

Basmedicin

Som redan nämnt ovan ingår det i kursplanen för flera KAM-utbildningar också anatomi, fysiologi, sjukdomslära etc. även kallat basmedicin. Inte sällan krävs i stället/också en separat utbildning i basmedicin för att få KAM-utbildningen godkänd. Som angivit ovan är det även vanligt att yrkesorganisationerna har krav på basmedicinsk utbildning för att kunna bli medlem som yrkesverksam eller

[3] Utbildning vid högskolorna ska vara avgiftsfri för studenter som är medborgare i en stat som omfattas av avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller Schweiz, 4 kap. 4 § högskolelagen (1992:1434).

certifieras. Kurser i basmedicin förefaller företrädesvis tillhandahållas av utbildningsaktörer inom KAM-området. Några organisationer, förbund och skolor anger att de kräver basmedicinsk utbildning motsvarande undersköterskenivå och hänvisar bl.a. till utbildning vid Komvux. Det finns även enstaka hänvisningar till några universitet och högskolor utan närmare specificering av kursernas namn. I utredningens intervjuer har det framkommit att dessa kurser inte längre tillhandahålls.

Några exempel på utbildningsaktörer med kurser inom basmedicin, som rekommenderas av de KAM-organisationer som vi kartlagt är: ArcanumSkolan, Axelssons Gymnastiska Institut, Neijing Akademin, Skandinaviska Osteopathögskolan och Vedic Akupunkturskola. Ovanstående utbildningssamordnare har kurser i basmedicin omfattande 100 timmar till motsvarande 75 hp (ArcanumSkolan motsvarande 30–60 hp [1], Axelssons Gymnastiska Institut 100 timmar [2], Neijing Akademin motsvarande 60 hp [3], Skandinaviska Osteopathögskolan motsvarande 75 hp [4] och Vedic Akupunkturskola motsvarande 60 hp [5]). De fyra kurserna ovan som omfattar motsvarande 30 hp eller mer ges som distanskurser under cirka ett till två år. ArcanumSkolans utbildning som är helt internetbaserad[4] ger dock möjlighet att påverka studietakten till mellan ett och tre år. Utbildningarna vid Neijing Akademin, Skandinaviska Osteopathögskolan och Vedic Akupunkturskola har regelbundna undervisningsträffar om cirka två dagar per månad. Kursen som ges av Skandinaviska Osteopathögskolan innehåller även två intensivveckor per år. Den kortare kursen vid Axelssons Gymnastiska Institut motsvarande cirka 100 timmar består av sju föreläsningsdagar plus självstudier.

Gemensamt för kurserna och även den utbildning i basmedicin som är inbakad i KAM-utbildningar är att de anges omfatta fysiologi, anatomi och ofta även sjukdomslära och farmakologi. Exempel på andra ämnen som uppges ingå i en eller flera kurser är hälsa, mikrobiologi, undersökningsmetodik, hjärt- och lungräddning, medicinsk etik, vetenskaplig metodik, svensk lagstiftning och evidensbaserad medicin. Informationen om kurserna som är tillgängliga på utbildningsaktörernas hemsidor är relativt begränsad. Utredningen har inte gjort någon utvärdering av kurserna.

[4] För att bli godkänd på utbildningen behövs ett utbildningsbevis avseende utbildning i första hjälpen.

Utbildningar om KAM eller med KAM-inslag vid högskolor och universitet

Inledning

Utredningen har genomfört en enkätundersökning riktad till utvalda svenska högskolor, universitet och några enskilda utbildningssamordnare med syftet att kartlägga förekomsten av utbildningar om KAM eller med inslag av KAM. Enkäten skickades ut som en webbenkät under maj 2018. Utskicket begränsades till de 31 lärosäten[5] som bedömdes vara relevanta utifrån sin utbildningsprofil, vilket grundade sig på om lärosätena har vårdutbildningar, eller andra områden som ligger nära KAM. I enkäten tillfrågades lärosätena om de gett eller ger kurser eller kursavsnitt om KAM[6] inom programutbildningarna, fristående kurser om KAM eller uppdragsutbildningar om KAM under år 2017 eller år 2018. Enkäten innehöll även en fråga om högskolorna och universiteten beslutat eller planerar att ge någon kurs eller kursavsnitt om KAM i framtiden. Avslutningsvis gav enkäten den svarande möjlighet att framföra eventuella andra synpunkter med anledning av vårt uppdrag. Till de lärosäten som inte svarat på enkäten har två påminnelser gått ut, i juni respektive augusti 2018.

[5] Blekinge Tekniska Högskola, Ericastiftelsen, Ersta Sköndal Bräcke högskola, Göteborgs universitet, Högskolan i Borås, Högskolan Dalarna, Högskolan Evidens, Högskolan i Gävle, Högskolan i Halmstad, Högskolan i Jönköping, Högskolan Kristianstad, Högskolan i Skövde, Högskolan i Väst, Karlstads universitet, Karolinska Institutet, Kungl. Musikhögskolan i Stockholm, Linköpings universitet, Linnéuniversitetet, Luleå tekniska universitet, Lunds universitet, Malmö universitet, Mittuniversitetet, Mälardalens högskola, Röda Korsets Högskola, Skandinaviens Akademi för Psykoterapiutbildning, Sophiahemmet Högskola, Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi, Södertörns högskola, Umeå universitet, Uppsala universitet och Örebro universitet.

[6] Följande definition och förklaring av KAM användes i enkäten: ”Med komplementär och alternativ medicin (KAM) avser vi hälso- och sjukvårdsrelaterade metoder och andra åtgärder som tillämpas utanför den etablerade hälso- och sjukvården och som inte utövas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utövar metoder eller andra åtgärder som i allt väsentligt används utanför den etablerade hälso- och sjukvården omfattas detta likaså av begreppet KAM”.

Även integrativ vård som syftar till att under vissa villkor integrera komplementära metoder med de metoder den etablerade medicinen använder inkluderas här i definitionen av KAM. Akupunktur, antroposofisk medicin, yoga, traditionella växtbaserade läkemedel och taktil massage är exempel på metoder som faller inom vår definition av KAM.

Enkätsvar

Av de 31 lärosäten som utredningen skickat enkäten till har 23 svarat på enkäten (74 procent). Vi har sammanställt svaren i tabellformat, se bilaga 5. I sammanställningen har vi delat in lärosätena efter om de i stort sett har hela utbudet av vårdutbildningar inklusive läkarutbildning (7 st.) eller om de har ett mindre utbud av vårdutbildningar (24 st.). Bland de sju stora lärosätena för vårdutbildningar har sex lärosäten svarat. Bland de övriga lärosätena har 17 lärosäten av 24 tillfrågade svarat. Nedan finns även en enklare tabell (tabell 6.1) för att översiktligt visa andelen av respektive programutbildning med inslag av KAM eller valbar kurs med KAM-inslag enligt svar från de svarande lärosätena.

Tabell 6.1 Enkätsvar – programutbildningar med inslag av KAM. I tabellen redovisas de programutbildningar där minst ett av de svarande lärosätena angivit att utbildningen innehåller något inslag av KAM

Programutbildning	Andel av de svarande lärosätena med aktuell utbildning som har något inslag av KAM i utbildningen*	Lärosäten med inslag av KAM i utbildningen (lärosäten med valbar kurs med inslag av KAM)
Apotekarprogrammet	1/3	Uppsala universitet (Uppsala universitet har även en valbar kurs)
Barnmorskeprogrammet	3/13	Högskolan i Borås, Högskolan i Skövde och Umeå universitet
Fysioterapeutprogrammet	4**/5	Göteborgs universitet, Linköpings universitet, Umeå universitet och Uppsala universitet** (Karolinska Institutet har en valbar kurs***)
Läkarprogrammet	3/6	Linköpings universitet, Umeå universitet och Uppsala universitet (Karolinska Institutet och Uppsala universitet har valbar kurs)
Receptarieprogrammet	2/5	Karlstads universitet och Uppsala universitet (Uppsala universitet har även en valbar kurs)
Sjuksköterskeprogrammet	5/22	Blekinge Tekniska Högskola, Högskolan i Gävle, Högskolan i Väst, Karlstads universitet, Uppsala universitet (Karlstads universitet, Linnéuniversitetet och Uppsala universitet har valbar kurs)
Socialpsykiatrisk vård	1/1	Högskolan i Väst
Specialistsjuksköterskeprogrammet	5/22	Blekinge Tekniska Högskola, Högskolan i Väst, Karlstads universitet, Linköpings universitet och Umeå universitet

* I denna kolumn redovisas inte valbara kurser.

** Inslaget av KAM kommer att tas bort i en kommande utbildningsplan av Fysioterapeutprogrammet vid Uppsala universitet.

*** Fysioterapeutprogrammet vid Karolinska Institutet har omstrukturerats och kommer inte att innehålla valbara kurser kommande år.

Av tabellen ovan framgår att det förekommer KAM-inslag i flera utbildningsprogram inom hälso- och sjukvårdsområdet vid totalt 10 av de 23 svarande lärosätena[7]. Lika många lärosäten[8] (10 av 23) har angivit att de inte har några KAM-inslag i programutbildningar och inte heller har några valbara eller fristående kurser eller uppdragsutbildningar. Ett av dessa lärosäten, Örebro universitet, har dock angivit att KAM kan komma upp i diskussioner av vetenskap och beprövad erfarenhet och nuvarande syn på evidens. Resterande tre lärosäten[9] har uppgett att de inte har inslag av KAM i programutbildningarnas obligatoriska kurser, men däremot i valbara kurser, fristående kurser och/eller uppdragsutbildningar.

Programutbildningar

Tabellen nedan ger en översiktlig bild av de KAM-inslag som finns inom olika programutbildningar vid minst ett av de svarande lärosätena.

[7] Blekinge Tekniska Högskola, Göteborgs universitet, Högskolan i Borås, Högskolan i Gävle, Högskolan i Skövde, Högskolan i Väst, Karlstads universitet, Linköpings universitet, Umeå universitet och Uppsala universitet.
[8] Högskolan Dalarna, Högskolan i Jönköping, Högskolan Kristianstad, Malmö universitet, Mittuniversitetet, Mälardalens högskola, Röda Korsets Högskola, Sophiahemmet Högskola, Södertörns högskola och Örebro universitet.
[9] Karolinska Institutet, Linnéuniversitetet och Ersta Sköndal Bräcke högskola.

Tabell 6.2 Enkätsvar – KAM-inslag i programutbildningar. I tabellen redovisas de programutbildningar där minst ett av de svarande lärosätena angivit att utbildningen innehåller något inslag av KAM

Programutbildning	KAM-inslag*
Apotekarprogrammet	Inslag av KAM i kurser i klinisk farmaci.
Barnmorskeprogrammet	Kurser bl.a. i förlossningskonst och normala barnafödandet har inslag av KAM i form av metoder för smärtstillande och avslappnande/lugnande syfte, exempelvis akupunktur, transkutan elektrisk nervstimulering (TENS), sterila kvaddlar, massage och bad.
Fysioterapeutprogrammet	Kurser med inslag av KAM, bl.a. om massage, medicinsk yoga, mindfulness, zonterapi, tryckpunkter och akupunktur.
Läkarprogrammet	Enstaka föreläsningar eller inslag i föreläsningar om akupunktur, akupressur, taktil massage, avslappning, homeopati från ett skolmedicinskt perspektiv samt KAM-inslag i kurser i klinisk fysiologi och klinisk farmaci.
Receptarieprogrammet	Inslag av KAM i kurserna Introduktion till farmaci och receptarieyrket, Farmakognosi, mat och hälsa, Rådgivning i egenvård och farmakoterapi samt i kurser i klinisk farmaci.
Sjuksköterskeprogrammet	Inslag av KAM i kurser bl.a. inom palliativ vård, omvårdnad vid långvarig ohälsa och multisjuklighet, omvårdnad vid ohälsa, klinisk fysiologi och klinisk farmaci samt undervisning om akupunktur i samband med smärta och förlossningssmärta.
Socialpsykiatrisk vård	Enstaka föreläsningar om KAM bl.a. en föreläsning om yoga och mindfulness vid psykisk ohälsa.
Specialistsjuksköterskeprogrammet	KAM-inslag bl.a. i kurser inom palliativ vård, onkologisk vård, förskrivningsrätt av vissa läkemedel, kirurgisk vård och psykisk ohälsa.

* I denna kolumn redovisas visas översiktligt vilken typ av KAM-inslag och/eller vilka kurser som innehåller inslag av KAM inom de olika programmen vid åtminstone ett lärosäte med utbildningen.

I de fall lärosätena har angivit omfattningen av KAM-inslagen i programutbildningar är det i huvudsak tal om mindre omfattning. I flera fall anges just att det är mindre inslag i en kurs utan att det vidare specificeras. I några fall anges att inslaget av KAM kan vara en föreläsning eller en del av en föreläsning. Det förekommer också att inslaget av KAM är i form av en diskussion i gruppundervisning eller ett basgruppsfall. Bland de svar där det finns angiven tid handlar det om enstaka timmar upp till som mest cirka 70 timmar som i barnmorskeprogrammet vid högskolan i Skövde.

I ett fåtal fall anges att det ingår egen praktisk övning. Det gäller exempelvis några enstaka timmar massage och mindfulness i fysioterapeutprogrammet vid Göteborgs universitet.

Valbara kurser inom programutbildningar

Vad det gäller valbara kurser inom programutbildningar har några av de svarande lärosätena valbara kurser om KAM eller med inslag av KAM, enligt tabellen nedan. Vid Röda Korsets Högskola ingår ett valbart moment på 7,5 hp i sjuksköterskeutbildningen. Studenterna har då möjlighet att läsa kurser inom KAM, med förbehållet att de ska kunna tillgodogöras som omvårdnad.

Tabell 6.3 Enkätsvar – valbara kurser om KAM eller med inslag av KAM inom programutbildningar

Lärosäten med valbar kurs med inslag av KAM i programutbildningar	Valbara kurser om KAM eller med inslag av KAM	Målgrupp för de valbara kurserna
Karlstads universitet	Palliativ vård 7,5 hp.	Sjuksköterskeprogrammet
Karolinska Institutet	Mindfulnessbaserad stresshantering 7,5 hp.	Valbar för flera program
	Naturläkemedel och komplementärmedicin: användning, evidens och förhållningssätt 7,5 hp.	Läkarprogrammet
	Sensorisk stimulering vid muskuloskeletal smärta 7,5 hp.	Fysioterapeutprogrammet*
Linnéuniversitetet	Komplementär och alternativ medicin i ett vårdvetenskapligt perspektiv 7,5 hp.	Sjuksköterskeprogrammet
Uppsala universitet	Global farmaci 7,5 hp (inslaget motsvarar 1,5 hp).	Apotekarprogrammet och receptarieprogrammet
	Global hälsa 7,5 hp (inslaget motsvarar 1,5 hp).	Läkarprogrammet och sjuksköterskeprogrammet

* Fysioterapeutprogrammet vid Karolinska Institutet har omstrukturerats och kommer inte att innehålla valbara kurser kommande år.

Fristående kurser och uppdragsutbildningar

Bland de svarande lärosätena ges fristående kurser, utöver programkurser och valbara kurser i programutbildningar, om KAM eller med inslag av KAM vid Karolinska Institutet, Linköpings universitet och Högskolan i Väst. Karolinska Institutet ger kurserna Naturläkemedel 7,5 hp, Medicinsk akupunktur 15 hp för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och Integrativ omvårdnad 7,5 hp med målgruppen sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Vid Linköpings universitet ingår inslag av KAM i kursen Läkemedel och fysioterapi 7,5 hp samt avsnitt om traditionella växtbaserade läkemedel i kursen Allmän farmakologi 7,5 hp. Kursen Akupunktur vid vård av personer med psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd 7,5 hp ges vid Högskolan Väst. Målgrupp för denna kurs är sjuksköterskor, socialpsykiatriskt vårdutbildade, psykologer, läkare m.fl. I denna kurs ingår att studenterna får träna akupunktur i form av ett antal metodövningar (6). Målet med kursen anges vara att kunna utföra akupunkturbehandling, som komplement till medicinsk eller psykologisk behandling, utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Två lärosäten har angivit att de gett poänggivande uppdragsutbildningar under åren 2017–2018: Ersta Sköndal Bräcke högskola och Karolinska Institutet. Karolinska Institutet har gett Yogaträning som kompletterande behandling vid olika sjukdomstillstånd 7,5 hp för personal inom hälso- och sjukvården, lärare i idrott och hälsopedagoger samt Medicinsk akupunktur 15 hp för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Ersta Sköndal Bräcke högskola har gett Beröring och massage – ett komplement i omvårdnaden 3,5 hp för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt undersköterskor.

Framtiden

Utifrån svaren på frågorna om planerade eller beslutade framtida kurser och KAM-inslag i programutbildningarna och fristående kurser förefaller det inte vara några större förändringar på gång bland de lärosäten som har besvarat enkäten. I två fall har de svarande angivit att nuvarande KAM-inslag eller valbara kurser kommer att tas bort i kommande utbildningsplan. Det gäller KAM-inslaget i fysio-

terapeututbildningen vid Uppsala universitet samt den valbara kursen Sensorisk stimulering vid muskuloskeletal smärta vid Karolinska Institutet.

Karlstads universitet har angivit att de planerar en kurs om läkemedel från naturen, mat och hälsa till läsåret 2019/2020. Kursen planeras som en fristående kurs samt som en valbar kurs för sjuksköterskor. Traditionella växtbaserade läkemedel, dess användning samt betydelse för annan läkemedelsanvändning och sjukvård planeras att behandlas som en del av kursen. Vid Karlstads universitet är det även möjligt med en utökning av KAM-inslagen i sjuksköterskeprogrammet och i specialistsjuksköterskeprogrammet. Högskolan i Dalarna har kursen Smärta och sensorisk behandling 15 hp som innehåller inslag av västerländsk medicinsk akupunktur och TENS. Denna kurs ges ibland som del av magisterprogrammet i fysioterapi och ibland som fristående kurs för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Kursen gavs senast höstterminen 2016 och det är inte bestämt när den kommer att ges nästa gång.

Övriga synpunkter från lärosätena

På frågan om lärosätena har några övriga synpunkter med anledning av utredningens uppdrag har två lärosäten framhållit vikten av att utbildningarna grundar sig på evidensbaserad vård. Det ena lärosätet anger att de är viktigt att undervisa evidensbaserade vårdformer som kan användas i studenternas framtida yrke och att detta även gäller metoder inom KAM. Det andra lärosätet efterfrågar nationella riktlinjer för vilka metoder som anses vara evidensbaserade och erfarenhetsmässigt beprövade om KAM eller integrativ medicin ska inkluderas i utbildningen.

Högskolan i Väst har angivit att undervisning av akupunktur vid högskola/universitet under hög kvalitetssäkerhet ska höja nivån av hälsovård i Sverige. De menar att det är ytterst viktigt med kvalitetssäkrad utbildning och att evidensbaserad kunskap och praktik når alla patienter jämlikt. Högskolan i Borås har svarat att man inom sjuksköterskeutbildning, barnmorskeutbildning och specialistutbildningar tar hänsyn till hela människans behov i vården genom att utifrån ett patientperspektiv integrera människans biologiska, psykologiska, sociala och existentiella behov där vissa komplementära

metoder såsom taktil beröring, avslappning och TENS används för att lindra smärta och oro som en naturlig del av vårdandet.

Två lärosäten har framfört att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal kan möta patienters frågor kring KAM. För detta ändamål och för att kunna föra ett samtal med patienten utifrån vad man vet inom den etablerade medicinen lyfts av det ena lärosätet att studenterna behöver en grundad vetenskapssyn och kunna reflektera kring vetenskap och beprövad erfarenhet. Två lärosäten hade också synpunkter på utredningens definition av KAM.

Några reflektioner angående enkätsvaren

Även om utredningen inte avgränsat frågorna till hälso- och sjukvårdsutbildningar så är det enbart medicinska och farmaceutiska fakulteter som har rapporterat utbildningar med inslag av KAM. Att det är flest utbildningar inom dessa områden är enligt förväntningarna eftersom KAM ligger hälso- och sjukvårdsmetoder nära. Dessutom gjordes initialt ett urval av lärosätena utifrån utbildningsprofilen, vilket grundade sig på om lärosätena har vårdutbildningar eller andra områden som ligger nära KAM.

Det kan också konstateras att de KAM-metoder som tagits upp i enkätsvaren nästan uteslutande är metoder som delvis finns inom svensk hälso- och sjukvård. Exempel på sådana metoder är akupunktur, mindfulness, massage/taktil massage, avslappning, yoga, traditionella växtbaserade läkemedel och naturläkemedel. Det finns dock undantag såsom homeopati, men där lärosätet påpekar att det tas upp ur ett skolmedicinskt perspektiv.

Bildterapi och musikterapi är också exempel på metoder som delvis finns inom hälso- och sjukvården. Som tidigare nämnts har vi i vår kartläggning av utbildningar som rekommenderas av KAM-organisationer funnit magisterprogrammet respektive specialistutbildningen i bildterapi vid Umeå universitet, samt magisterprogrammet i musikterapi vid Kungl. Musikhögskolan i Stockholm. Umeå universitet, som har svarat på enkäten, har inte tagit upp utbildningarna i bildterapi i sitt enkätsvar. Detta visar att enkätsvaren inte är heltäckande. En förklaring kan vara den ibland otydliga gränsdragningen mellan å ena sidan hälso- och sjukvård och å andra sidan KAM. Vissa utbildningar kan också ha missats i lärosätenas

interna kartläggningar på grund av svårigheter att få komplett överblick av samtliga utbildningar.

I de obligatoriska kurserna i programutbildningarna förefaller de förekommande KAM-inslagen vanligen omfatta ett fåtal timmar, men det finns också exempel på att inslagen motsvarar mellan en och uppemot två veckor. Inslagen tycks i de flesta fall handla om enskilda metoder snarare än att ge en mer övergripande bild av KAM. Det framgår sällan av enkätsvaren vad som är syftet med undervisningen, dvs. om utbildningen exempelvis ges för att studenterna ska kunna utöva metoderna, eller för att kunna bemöta frågor från patienter. Dock innehöll inte enkäten någon direkt fråga om detta. I de flesta fall framgår det inte heller vilka perspektiv som diskuteras. I ett fall anges dock att lagstiftningen är målet med ett basgruppsfall och i ett annat fall anges att diskussionerna lägger stor vikt vid säkerhetsaspekten. Det förekommer också att KAM tas upp i samband med diskussioner kring evidens, vetenskap och beprövad erfarenhet.

Bland de valbara kurserna och fristående kurserna finns det däremot ett fåtal kurser som är helt inriktade på integrativ vård eller komplementär- och alternativmedicin, däribland två orienterande kurser: Komplementär och alternativ medicin i ett vårdvetenskapligt perspektiv 7,5 hp vid Linnéuniversitetet samt kursen Integrativ omvårdnad 7,5 hp vid Karolinska Institutet. Det finns också kurser som är inriktade på en viss metod, exempelvis Akupunktur vid vård av personer med psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd 7,5 hp som ges vid Högskolan Väst där målet med kursen är att kunna utöva metoden.

Fortbildningar om KAM för hälso- och sjukvårdspersonal

I ett försök att få en uppfattning om omfattningen av fortbildning för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom KAM-området har vi tagit hjälp av Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet. Även Svenska Barnmorskeförbundet tillfrågades. Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet skickade ut en förfrågan per mejl i december 2017 från utredningen till sina sektioner och nätverk om de anordnat någon utbildning eller annan

fortbildningsaktivitet inom KAM[10] under år 2017. Vid ja på första frågan efterfrågades även uppgifter om kursens eller aktivitetens namn, omfattning, antal deltagare och målgrupp. En påminnelse gick ut till sektionerna och nätverken i februari 2018. Från Svensk sjuksköterskeförening har 24 av 51 nätverk och sektioner svarat, vilket ger en svarsfrekvens på 47 procent. 23 av dessa svarade att de inte har ordnat någon fortbildning inom KAM under år 2017. Sjuksköterskor för Palliativ Omvårdnad (SFPO) svarade att de inte ordnat några direkta utbildningar inom KAM, men att föreläsare har tagit upp taktil massage, TENS och akupunktur. Från Svenska Läkaresällskapet har 33 av 67 sektioner svarat (svarsfrekvens 49 procent). Samtliga av dessa svarade att de inte har ordnat någon fortbildning inom KAM under år 2017.

Som framgår av avsnittet ovan finns det ett fåtal fristående kurser vid svenska högskolor och universitet om KAM eller med inslag av KAM som är riktade till hälso- och sjukvårdspersonal. Två lärosäten har även anordnat poänggivande uppdragsutbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal.

Även de yrkesorganisationer inom KAM som är riktade mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal anordnar en del utbildningar och fortbildningsaktiviteter inom området. Det förekommer också att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal går yrkesutbildningar inom KAM som tillhandahålls av enskilda utbildningsaktörer såsom de utbildningar som kartlagts under avsnitt 6.2. Hur vanligt förekommande detta är har vi dock ingen uppgift om.

[10] Följande definition och förklaring av KAM användes: ”Med komplementär och alternativ medicin (KAM) avser vi hälso- och sjukvårdsrelaterade metoder och andra åtgärder som tillämpas utanför den etablerade hälso- och sjukvården och som inte utövas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utövar metoder eller andra åtgärder som i allt väsentligt används utanför den etablerade hälso- och sjukvården omfattas detta likaså av begreppet KAM”.

Även integrativ vård som syftar till att under vissa villkor integrera komplementära metoder med de metoder den etablerade medicinen använder inkluderas här i definitionen av KAM. Akupunktur, antroposofisk medicin, yoga, traditionella växtbaserade läkemedel och taktil massage är exempel på metoder som faller inom vår definition av KAM.

6.3 Vårdgivare inom KAV och omfattningen av verksamhet i Sverige

- Det finns ingen sammanställd officiell statistik över antalet företag och sysselsatta inom KAM-området.
- De flesta KAM-utövarna förefaller vara egenföretagare. Det finns exempel på att KAM-utövare samlas i företagshotell för att kunna erbjuda flera metoder på samma plats.

Vid våra intervjuer har vi fått samstämmiga uppgifter om att de flesta KAM-utövare i Sverige är egenföretagare och att majoriteten av företagen inte har någon eller endast ett fåtal anställda. Denna bild stämmer överens med uppgifter som Statistiska centralbyrån (SCB) hjälpt oss att ta fram enligt nedan. Även om utövarna i regel är egenföretagare finns det undantag. Ett av de mer välkända är Vidar Rehab (tidigare Vidarkliniken) och Vidar vårdcentral som erbjuder integrativ vård där kompletterande vård enligt den antroposofiska terapiriktningen ges. Här arbetar KAM-terapeuter, såsom konstterapeuter och läkeeurytmister, och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som utövar antroposofisk läkekonst med en gemensam arbetsgivare. Vidar Rehab och Vidar vårdcentral drivs av Stiftelsen Vidarkliniken (7, 8). För information om KAM och inom landstingen se avsnitt 6.4.

Det finns också exempel på där flera KAM-utövare som är egenföretagare samlats under samma tak i företagshotell. Utredningen har besökt två sådana: Friskcentralen i Örebro med cirka 15 terapeuter (9) och Hälsans Hus Stockholm med cirka 50 terapeuter (10). Terapeuterna har olika utbildningsbakgrunder och representerar en rad olika KAM-områden. På Hälsans Hus Stockholm finns en stor bredd av metoder, cirka 70 olika. Bland terapeuterna är några legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (läkare, psykoterapeuter, sjukgymnaster, psykolog och naprapat).

Friskvårdsportaler är en affärsmodell som har tillkommit på senare år och som fungerar som en mellanhand mellan arbetsgivare och friskvårdsleverantörer. Friskvårdsportalerna används av arbetsgivare för att förmedla friskvårdstjänster, däribland KAM-metoder, via friskvårdsbidraget till sina anställda. Enligt uppgift från utredningens intervjuer är friskvårdsportalerna inte enbart till godo för

utövarna trots att kundkretsen kan öka som en följd av ökad exponering och marknadsföring. Detta eftersom ersättningen per behandling i vissa fall kan minska betydligt, vilket kan resultera i allt längre arbetstider och risk för utbrändhet.

Det har varit svårt att få grepp om antalet sysselsatta i Sverige inom KAM-området. Utredningen har haft en dialog med SCB i denna fråga. SCB har hjälpt utredningen att ta fram statistik från Standard för svensk näringsgrensindelning (SNI). SNI används för att klassificera företag och arbetsställen efter vilken verksamhet de bedriver. Där finns även tillgänglig data som gör det möjligt att få en grov uppgift om antalet anställda. Det finns dock inte några renodlade SNI-koder för företag inom KAM-området. Utredningen bedömer att det huvudsakligen är två SNI-koder som omfattar företag som arbetar med KAM-metoder, nämligen *annan öppen hälso- och sjukvård*, *utan läkare*[11] och *kroppsvård*[12]. Dessa koder omfattar försvårande nog även företag som inte omfattas av utredningens definition av KAM och det går inte att bryta ned data ytterligare. Dessutom tycks inte dessa SNI-koder vara heltäckande, exempelvis är medicinsk massage inte inkluderad, men andra typer av massage är det. Utifrån ovanstående är det tydligt att det inte går att avgöra hur många företag eller antal sysselsatta som finns inom KAM utifrån tillgängliga data utan manuell genomgång. Manuell genomgång har inte prioriterats av utredningen på grund av tidsskäl.

Informationen från SCB kan ändå ge en viss vägledning om branschens storlek. Enligt statistiken var det 8 670 företag inom enheter för annan öppen hälso- och sjukvård, utan läkare och 13 239 företag inom inrättningar för kroppsvård under år 2017, dvs. totalt cirka 21 900 företag. Antalet företag inom de båda SNI-koderna har legat relativt stabilt under de senaste sju åren.

Det råder än större osäkerhet kring antalet verksamma personer inom KAM-området. Majoriteten av företagen har dock inte någon anställd. 83 procent av företagen var enmansföretag inom SNI-koden för enheter för annan öppen hälso- och sjukvård och 90 procent av företagen inom SNI-koden för kroppsvård under år 2017.

[11] SNI-koden 86.909 *Annan öppen hälso- och sjukvård, utan läkare* omfattar: övrig paramedicinsk verksamhet t.ex.: homeopati, näringslära, psykoterapi och talterapi.

[12] SNI-koden 96.040 *Kroppsvård* omfattar: verksamheter som främjar fysiskt välmående för människor: turkiska bad, bastu- och ångbad, solarier, viktminsknings- och massageinstitut o.d. Omfattar inte: medicinsk massage och terapi, jfr 86.905, verksamhet i hälsoklubbar, gym och institutioner för kroppsbyggnad, jfr 93.130, och vård (ej veterinärvård) av sällskapsdjur, hundar, katter m.fl., jfr 96.090.

14 procent respektive 9 procent av företagen hade mellan en till fyra personer anställda. Bland de återstående 3 respektive 1 procenten fanns det inte för någon av koderna något registrerat företag med 200 eller fler anställda. Utifrån den information som utredningen har tillgång till skulle mellan 28 000 och 50 000 personer vara verksamma inom dessa två SNI-koder. Som framgår ovan innehåller denna data även företag som inte bedriver verksamhet i enlighet med utredningens definition av KAM, vilket leder till en överskattning av antalet företag och antalet yrkesverksamma. Samtidigt förefaller viss massageverksamhet ligga utanför de två SNI-koderna, vilket om så är fallet, leder till en viss underskattning.

Utredningen har även varit i kontakt med Skatteverket i samma ärende för att se om de kunde tillhandahålla uppgifter för att kunna gallra bort företag som inte var registrerade för moms[13]. Detta gav ingen ytterligare information då alla företag som Skatteverket hade registrerade inom dessa SNI-koder var registrerade för moms.

Ett annat sätt att få kunskap om antalet utövare inom KAM är att fråga organisationer i området om hur många yrkesverksamma medlemmar de har. I de yrkesorganisationer som ingår i vår kartläggning, se avsnitt 6.1 och bilaga 5, har vi uppgifter som tyder på att det totalt finns åtminstone 8 000 medlemmar. Eftersom kartläggningen inte är heltäckande och vi inte heller har fått tag i uppgiften om antal medlemmar för samtliga organisationer är detta en klar underskattning av antalet KAM-utövare. Därutöver är det förstås inte obligatoriskt att ingå i en yrkesorganisation.

Vi har även gjort fritextsökningar på webbplatsen allabolag.se på diverse KAM-metoder. De uppgifter som vi fick fram via denna sökning föreföll varken vara träffsäkra eller täckande varför vi inte redovisar uppgifterna närmare.

Enligt en undersökning av Branschrådet Svensk Massage, Kroppsterapeuternas Yrkesförbund och MIND Research AB som riktade sig till massörer fanns det drygt 10 400 certifierade massörer år 2011, varav 7 650 var yrkesverksamma (12). Av de yrkesverksamma certifierade massörerna var 81 procent kvinnor. 87 procent av de yrkesverksamma certifierade massörerna hade någon typ av företag och 15 procent var anställda. En liten andel var både anställda och hade

[13] För skattefrihet krävs att sjukvården omfattar sådana åtgärder som enligt momslagens definition är sjukvård. Vården måste också tillhandahållas antingen på ett sjukhus eller av någon med legitimation att utöva yrke inom sjukvården (11).

ett företag. Enligt undersökningen arbetade 76 procent med massage på deltid. Den genomsnittliga arbetstiden var cirka 25 timmar per vecka, varav den genomsnittliga arbetstiden med behandlingar var cirka 16 timmar per vecka. Hur stor del av tiden som ägnas åt behandling av sjukdomssymtom framgår inte.

6.4 Landstingen och KAM

- Det har inte varit möjligt för utredningen att få en heltäckande bild av landstingens arbete med KAM.
- Den information utredningen har fått indikerar emellertid att aktiviteterna runt KAM varierar mellan landstingen, från inga aktiviteter alls till framtagande av informationsskrifter, öronmärkta stimulansmedel m.m.

För att få en överblick av förekomsten av KAM i landstingen har utredningen med hjälp av SKL skickat ut ett antal frågor till landstingen via det s.k. hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket. Därutöver har utredningen även gjort egna sökningar på landstingens hemsidor. Frågorna som ställdes till landstingen var:

- Har några politiska ställningstagande/dokument tagits fram i landstinget/regionen denna mandatperiod om KAM? Om ja, hänvisa gärna till mer information om detta.
- Finns det andra styrdokument/policys om KAM framtagna av landstinget/regionen (exempelvis i samband med avtal med externa leverantörer)? Om ja, hänvisa gärna till mer information om detta.
- Finns det mer allmän information kring KAM riktad mot invånare? Om ja, hänvisa gärna till mer information om detta.

Sju landsting inkom med svar. De landsting som svarade var Värmlands läns landsting, Stockholms läns landsting, Region Västernorrland, Region Halland, Region Gotland, Region Uppsala samt Region Östergötland.

Region Östergötland uppger att de har förhållandevis mycket information om KAM samt aktiviteter kring KAM. Bl.a. anger regionen att det enligt en överenskommelse mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Centrum för verksamhetsstöd och utveckling (CVU) för 2018 är angivet i grunduppdraget att det ingår att samordna och bidra med kunskap, kompetens och stöd inom området för integrativ hälso- och sjukvård. I uppdraget ingår även att bevaka, ta tillvara och sprida forskningsresultat inom området och arrangera utbildningar och nätverksträffar. (CVU är Region Östergötlands stödcentrum med funktioner inom bl.a. fastighet, IT, upphandling och verksamhetsutveckling.)

Region Östergötland har även en projektpott för utvecklingsarbeten kopplade till integrativ hälso- och sjukvård som kallas KIPP:en (Komplementär-integrativ projektpott). Under 2017 fick nio projekt inom integrativ medicin dela på 650 000 kronor. För 2018 avsattes 450 000 kronor för olika projekt inom området.

Vidare anges att det i hälso- och sjukvårdens generella villkor, under rubriken sjukdomsförebyggande insatser som finns med i alla avtal och överenskommelser inom regionen, finns krav om att leverantörerna av hälso- och sjukvård ska ha kunskap om och en öppenhet inför komplementärmedicinska metoder.

Regionen har dessutom information om KAM på regionens interna hemsidor men även på den s.k. Vårdgivarwebben som är riktad mot externa leverantörer. Vårdgivarwebben är öppen för allmänheten men vänder sig i första hand till vårdgivare.

Region Östergötland anger även att de har information på 1177.se om KAM riktad mot invånarna. Hänvisning görs till två länkar och informationen är relaterad till frågor om cancer.

Den ena länken informerar om en kurs för personer som har, eller har haft, cancer eller närstående till någon med cancer; Rehabilitering i grupp: Lära sig leva med cancer (13). Utöver teman som ”människokroppen och cancersjukdom”, ”att diagnostisera och behandla cancer” och ”hälsoproblem och biverkningar vid behandling” innehåller kursen även temat ”komplementära och alternativa behandlingsmetoder”.

Den andra länken, Att få ett cancerbesked, ger information kring hur enskilda kan hantera de reaktioner och frågor som kan uppstå efter ett sjukdomsbesked (14). Bland annat informeras om att ”Komplementära metoder skadar sällan men tala med din läkare

innan du provar. Ibland, men det är ovanligt, kan den alternativa behandlingen påverka effekten av den behandling som läkaren ordinerat."

Stockholms läns landsting har på sin hemsida en länk till en broschyr, Att stärka patientens ställning – vägledning för patienter och personal (15). I broschyren finns ett avsnitt benämnt "Alternativ eller komplementär medicin". I avsnittet, som innehåller en definition av KAM, anges bl.a. att "Stockholms läns landsting har tagit initiativ till att förbättra kunskapen om alternativ och komplementär medicin. Avtal inom området har hitintills slutits med utlandsutbildade legitimerade kiropraktorer och med Vidarkliniken". Broschyren är daterad 2004 men är fortfarande möjlig att ladda ner från landstingets hemsida.

I sitt svar till utredningen hänvisar Stockholms läns landsting emellertid främst till den informationsbroschyr, Om du funderar på komplementär och alternativ medicin, som innehåller fakta kring cancer och KAM som tagits fram av RCC Stockholm-Gotland (16). Syftet med broschyren är att belysa bl.a. olika KAM-metoder och när det kan vara rimligt att använda KAM och när man bör avstå. Enligt RCC är förhoppningen att broschyren kan bidra till att skapa en ökad och välinformerad dialog kring KAM mellan patienter och vården. Broschyren beskrivs även i avsnitt 8.1.

Enligt RCC Stockholm-Gotland är broschyren ett av deras mest nedladdade dokument och har tagits emot mycket väl. Även *Region Gotland* hänvisar till den informationsbroschyr om cancer och KAM som tagits fram inom ramen för RCC-arbetet (16). Region Gotland uppger att broschyren, som lagts ut på alla enheter på Visby Lasarett som behandlar patienter med cancer, är mycket uppskattad då många patienter har frågor kring KAM.

I övrigt anger Region Gotland att de varken har tagit fram några politiska ställningstagande om KAM eller att de har styrdokument om KAM.

Region Halland hänvisar i sitt svar främst till sitt arbete med grön rehab. För perioden 2017–2018 avsattes 1,5 miljoner kronor för detta. Syftet är att erbjuda patienter med lätt till medelsvår depression, ångest och stressrelaterat tillstånd grön rehab. Aktiviteten ska enligt regionen vara ett komplement till den rehabiliteringsplan som patienten genomför via sin vårdcentral. Patienter som är föremål för grön rehab ska erbjudas aktivitet och vistelse i natur och trädgård

och aktiviteten ska vara anpassad efter årstid. Ingen behandlande verksamhet ska förekomma.

Även *Landstinget i Värmland* hänvisar bl.a. till grön rehab i sitt svar. Landstingsstyrelsen fattade i oktober 2014 beslut om ”att berörda verksamheter i kommande verksamhetsplanering ska ta ställning till möjligheterna att stärka utbudet av gestaltande terapier” samt att ”landstinget inleder en dialog med samordningsförbunden i länet till att i ökad omfattning bedriva grön rehabilitering dvs. med hjälp av djur, natur och/eller växtodling”. I december 2016 fattade landstinget även beslut om att genomföra en HTA-analys (*Health Technology Assessment*, se avsnitt 16.2) för att uppdatera kunskapsläget angående grön rehab.

Utredningens egna sökningar på landstingens hemsidor ger dessutom att även Västra Götalandsregionen, Region Jönköping, Landstinget i Dalarna samt Södermanlands landsting erbjuder grön rehab.

Andra landsting, som *Region Uppsala*, uppger att de har väldigt begränsat med information om KAM. Landstinget hänvisar främst till information om alternativa mediciner och att det i styrdokument anges att man ska dokumentera användning av naturmedel och växtbaserade läkemedel i flera rutiner, t.ex. inskrivningsrutiner för äldrevårdsenheten och blodmottagningen. Landstinget uppger dock att en relativt stor andel av de frågor från vårdpersonal som Region Uppsalas läkemedelsinformationscentral ULIC besvarar varje år gäller olika typer av naturprodukter och kosttillskott. Frågorna avser bl.a. dokumentation, interaktioner med läkemedel och biverkningar och uppges ofta vara kopplade till patientfall.

Region Västernorrland uppger att de överhuvudtaget inte har någon information om KAM.

Region Skåne har inte inkommit med något svar rörande KAM-aktiviteter i regionen. Noteras kan dock att regionfullmäktige i juni 2018 fattade beslut om att utbilda instruktörer i mindfulness på alla vårdcentraler i Skåne (17). Beslutet följdes av en diskussion i media där kritiker bl.a. framhållit att det vetenskapliga stödet för mindfulness som behandlingsinsats vid psykiska besvär är svagt (18).

6.5 Användning av och attityder till KAM och KAV i Sverige

- Det finns ett antal svenska undersökningar av användning av KAM. Då jämförbarheten mellan studierna är låg är det svårt att ge ett entydigt svar på hur stor användningen är i Sverige. Exempelvis varierar studiernas definitioner och frågornas utformning.
- Undersökningarna visar dock en betydande användning av KAM i Sverige. I befolkningsundersökningarna från de senaste 20 åren, som ingår i utredningens sammanställning, är den uppmätta användningen 17–71 procent. Det är dock stora skillnader mellan studierna avseende hur långt tillbaka användningen kunde räknas; i vissa fall behövde användningen ha varit inom några veckor, medan andra studier frågade respondenterna om de någonsin använt KAM. I undersökningarna med högst svarsfrekvens uppger 17–39 procent av deltagarna användning av KAM vid det aktuella tillfället, de senaste två veckorna eller det senaste året. Bland patienter med olika sjukdomsdiagnoser har andelen som använder någon form av KAM vid det aktuella tillfället eller det senaste året varit 29–58 procent.
- Flera studier visar att en större andel kvinnor än män använder KAM. Detta förefaller särskilt gälla KAM-preparat. Längre utbildning och låg självskattad hälsa är också förknippat med högre användning av KAM i några studier. Däremot framkommer inget tydligt mönster mellan KAM-användning och ålder i utredningens sammanställning av studier.
- Det är svårt att dra slutsatser om vilka KAM-metoder som är vanligast, bl.a. på grund av att specifika svarsalternativ getts i många undersökningar. Givet dessa brister förefaller dock massage, KAM-preparat, akupunktur, kiropraktik och naprapati vara bland de vanligaste metoderna. Kiropraktik och naprapati ingår dock inte i utredningens definition av KAM. I en senare studie är även självhjälpsmetoder såsom andningsövningar, yoga och avslappning med bland de vanligaste metoderna.

- I attitydundersökningar uppger sjukvårdspersonal (främst sjuksköterskor) själva en låg kunskap om KAM samtidigt som de anser att det är viktigt att ha kunskap om KAM och att kunna informera om KAM om patienterna efterfrågar det.

Inledning

Utredningen har gjort en sammanställning av studier som undersökt omfattningen av användning samt attityder till KAM och KAV bland den svenska befolkningen och i specifika patientgrupper i Sverige, se bilaga 5 som innehåller korta referat av studierna. I bilagan finns även korta referat av fyra undersökningar som är riktade till vårdpersonal samt två övriga studier som handlar om användningen och utbredningen av KAM i Sverige. Nedan beskrivs genomförandet av sammanställningen och resultaten sammanfattas och diskuteras.

Metod och metodologiska begränsningar med sammanställningen

Utredningen gör inte anspråk på att sammanställningen är heltäckande. Litteratursökningen har gjorts utifrån fritextsökning och utifrån identifierade studiers referenslistor. Studier som har inkluderats är de undersökningar som gjordes år 1985 och 1986 i samband med Alternativmedicinutredningen (SOU 1989:60) (19) och ett urval av studier som publicerats därefter. Endast undersökningar som helt eller delvis faller inom vår definition av KAM och som har svensk data är inkluderade. Översikten har begränsats till studier som redovisar kvantitativa data. Sammanställningen omfattar tretton publikationer som baseras på befolkningsundersökningar, dvs. undersökningar som är riktade till ett urval från allmänheten (19–31) och sju studier som omfattar ett urval utifrån olika patientgrupper (32–38). I bilaga 5 finns tabeller över nyckeldata från dessa befolkningsstudier respektive patientstudier.

Det är en stor variation i frekvensen av rapporterad KAM-användning mellan de olika studierna. Det kan finnas många förklaringar till detta. Bland annat skiljer sig frågeställningar, begrepp och definitioner mellan de olika studierna och det är ofta otydligt vad som avses och omfattas. I de flesta undersökningar efterfrågas

KAM. I andra undersökningar efterfrågas exempelvis alternativmedicinsk behandling, alternativ och komplementär medicin, integrativ behandling, behandling hos alternativ terapeut, behandling hos alternativ behandlare eller behandling hos alternativ- och komplementärmedicinska behandlare. En del studier inkluderar enbart KAM-preparat och inte övriga KAM-metoder. Även när det gäller KAM-preparat är det i flera fall oklart vad som egentligen avses och vad som omfattas i de använda begreppen, såsom naturmedel, *herbal medicines*, *natural remedies*, *complementary and alternative medicine remedies* osv. Begreppen kan exempelvis omfatta naturläkemedel, kosttillskott, traditionella växtbaserade läkemedel, vitaminer och mineraler. I vissa fall används regulatoriska begrepp såsom naturläkemedel, utan att det med nödvändighet är samma betydelse som avses. Några studier inkluderar även kost och bön. Avsaknaden av en accepterad definition av KAM är problematisk vid enkätundersökningar inom KAM-området (39).

En annan skillnad mellan studierna är att frågorna i en del undersökningar ställts tillsammans med förklaringar och definitioner av exempelvis begreppet KAM. I andra studier har inte förklaringar och definitioner getts och i vissa fall är det oklart. Frågorna har också ställts på olika sätt, ibland med angivna KAM-metoder att ta ställning till med möjlighet till fritextsvar och ibland med helt öppna frågor med fritextsvar. Frågornas utformning kan ha effekter på resultatet, exempelvis ökar sannolikheten att den svarande minns att de använt en KAM-metod som står listad och det blir dessutom tydligt att metoden är inkluderad i studien om den nämns eller finns som svarsalternativ. Vissa av undersökningarna har genomförts med telefonintervjuer, andra med webbenkäter eller postenkäter och en del har genomförts i samband med att patienter besökt en klinik. I vissa fall är det otydligt hur frågorna har ställts. Frågeställningarna gäller också olika tidsramar, t.ex. användningen vid den aktuella tidpunkten, de senaste två veckorna, det senaste året eller någon gång i livet.

Urvalsmetoder och studiepopulationer skiljer sig åt mellan studierna. I vissa studier är det ett urval från allmänheten och i andra studier är urvalet från en specifik patientgrupp. Faktorer som åldersfördelning, könsfördelning och geografisk plats är olika i studierna, vilket kan påverka utfallet. Undersökningarna har dessutom stor tidsmässig spridning, några genomfördes redan på 1980-talet medan

de flesta av undersökningarna är genomförda efter år 2000. Representativiteten av de äldre undersökningarna för dagens förhållanden är oklar. Dels kan det ske en förändring i vilka metoder som ingår i begreppet KAM med tiden och dels kan användningen och användningsmönstret förändras med tiden.

Undersökningarnas storlek och svarsfrekvensen skiljer sig också åt. I vår sammanställning varierar svarsfrekvensen mellan cirka 30 procent och 90 procent. Flertalet undersökningar har en svarsfrekvens överstigande 60 procent. I ett fall anges inte svarsfrekvensen eller information om bortfallet (27), vilket innebär att tillförlitligheten inte kan bedömas. I en annan studie är det svårt att återge svarsfrekvensen då deltagarna var personer som rekryterats till en stor befolkningsstudie där rekryteringen fortfarande var pågående (29). Bortfall är ett välkänt problem vid attitydundersökningar (39). Med bortfall avses de personer som inte deltar i en undersökning trots att avsikten var att de skulle delta. Vid stora bortfall finns risk för att resultatet inte är representativt.

Resultat och diskussion

Användning av KAM

De tre största studierna är de befolkningsstudier som bygger på data från SCB. En av dessa har knappt 10 000 deltagare (från ULF-undersökningen 2004–2005) (26), en har drygt 20 000 deltagare (AKU-undersökningen från 1985) (19) och en har knappt 39 000 deltagare (fördelat på tre olika ULF-undersökningar, år 1980–1981, år 1988–1989 och år 1996–1997) (22). Dessa tre större studier har utförts som besöksintervju eller telefonintervju och har samtliga en relativt hög svarsfrekvens, cirka 75–90 procent. Två av studierna har data som i dagsläget är cirka 20–30 år gamla och representativiteten för dagens förhållanden är därmed oviss. Huvudresultaten är ändå av intresse, då det är stora välgjorda studier med relativt hög svarsfrekvens och en dessutom visar på utvecklingen över användningen över tid. Studien omfattande tre olika delundersökningar av ULF-undersökningen, tyder på att användningen av *vitaminer eller annan stärkande*

medicin och naturläkemedel[14] ökade från första delundersökningen (år 1980–1981) till sista delundersökningen (år 1996–97). År 1980–81 var det 18 procent som rapporterade användning av *vitaminer eller annan stärkande mediciner* och 4 procent som rapporterade användning av naturläkemedel. Motsvarande siffror år 1996–97 var 28 procent respektive 11 procent. AKU-studien från mitten av 1980-talet visade att drygt en femtedel (22 procent) av befolkningen i åldern 16–74 år någon gång i livet hade erfarenhet av behandling hos alternativ terapeut[15]. I ULF-undersökningarna från år 2004–2005 efterfrågades i stället besök hos alternativ terapeut det senaste året[16], vilket 7 procent av urvalet från den svenska befolkningen över 16 år rapporterade. I denna studie fanns en separat fråga om användning av naturläkemedel de senaste två veckorna[17], vilket cirka 17 procent rapporterade.

I vår sammanställning är det endast två befolkningsundersökningar som har data från de tio senaste åren (27, 28). Den ena undersökningen utförd i Skåne år 2016 med drygt 1 500 deltagare har en svarsfrekvens på 31 procent och i den andra, Novus-undersökningen från år 2015 med drygt 1 000 deltagare, anges inte svarsfrekvensen. Låg svarsfrekvens respektive inte angiven svarsfrekvens påverkar studiernas tillförlitlighet negativt. I den i Skåne utförda undersökningen uppgav cirka 70 procent av deltagarna användning av alternativ och komplementär medicin[18] under det senaste året. I Novus-undersökningen var det drygt 40 procent som rapporterade att de någon gång genomgått en integrativ behandling.[19]

---

[14] Frågorna löd: Har du under de senaste två veckorna använt *vitaminer eller annan stärkande medicin*, respektive har du under de senaste två veckorna använt naturläkemedel? Begreppen definieras inte mer i frågorna.

[15] Frågan löd: Har du någonsin behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av kiropraktor, zonterapeut, akupunktör, homeopat, naturläkare eller liknande – alltså av en alternativ terapeut? Denna fråga följdes upp med angivelse av när behandlingen skett och vilken typ av behandling det gällt. 21 olika metoder kunde anges och dessutom kunde annan behandling anges.

[16] Frågan löd: Har du under de senaste 12 månaderna behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av (i) naprapat, osteopat (ii) akupunktör, (iii) zonterapeut eller akupressör, (iv) homeopat, naturläkare eller (v) någon annan, nämligen?

[17] Frågan löd: Har använt naturläkemedel under de senaste två veckorna?

[18] Användning av alternativ och komplementär medicin inkluderar här besök hos vårdgivare (exempelvis massör eller akupunktör), intag av naturmedel, örtmedicin eller kosttillskott, samt användning av självhjälpsmetoder som yoga eller avslappning. I siffran inkluderas inte mottagande av komplementär behandling hos konventionell vårdgivare eller på remiss. Det gavs vissa metoder att ta ställning till. Det är oklart om möjlighet till fritextsvar gavs.

[19] Integrativ behandling definierades som när konventionell vård och skolmedicinska läkemedel kombineras med väl beprövade komplementära medicinska behandlingsmetoder, exempelvis kiropraktik, massage och naturläkemedel. Vidare angavs att integrativ vård ordineras av skolmedicinskt utbildade läkare med vidareutbildning inom dessa områden.

Två befolkningsstudier utförda i början av 2000-talet i Stockholm respektive Blekinge har båda cirka 1 000 deltagare med en svarsfrekvens på drygt 60 procent (21, 25). I dessa studier har cirka hälften av deltagarna svarat att de besökt en alternativ- och komplementärmedicinsk behandlare[20] respektive använt komplementär och alternativ terapi[21] någon gång i livet. Motsvarande siffror för det senaste året innan de fick frågan var 20 procent respektive drygt 30 procent. Ytterligare en befolkningsstudie utförd vid Jordbro vårdcentral i Stockholm i början av 2000-talet (30, 31) ger liknande bild då 17 procent svarat att de besökt en alternativ behandlare[22] det föregående året och 22 procent att de använt KAM-preparat[23] under det föregående året. Denna studie hade drygt 1 400 deltagare och en svarsfrekvens på cirka 80 procent.

Två andra befolkningsstudier utförda i mitten respektive slutet av 1990-talet har undersökt användningen av KAM-preparat[24, 25] (20, 24). Dessa undersökningar omfattade cirka 5 800 respektive drygt 800 deltagare och hade en svarsfrekvens på drygt 70 respektive drygt 60 procent. I båda undersökningarna var det drygt 30 procent som uppgav användning, varav det i ena studien gällde användning de senaste två veckorna och i den andra studien det senaste året.

[20] Frågan löd: ”Vilken erfarenhet har du av följande terapier?” Följt av följdfrågor såsom någon gång och det senaste året. Terapierna som lästes upp var akupunktur, antroposofisk medicin, healing, homeopati, kinesiologi, kiropraktik, kristallterapi, massage, naprapati, naturläkemedel, Rosenterapi och zonterapi.

[21] Frågan löd: Har du någon gång använt dig av någon form av komplementär och alternativ terapi? Följt av samma fråga om det senaste året. Det är oklart om svarsalternativ eller någon mer förklaring gavs.

[22] I studien definierades KAM som manuella terapier, eller som icke-allopatisk medicin snarare än som okonventionell medicin. I enkäten efterfrågades om den svarande konsulterat någon alternativ behandlare exempelvis inom massage, akupunktur, kiropraktik eller naprapati eller andra terapier under det föregående året.

[23] I enkäten frågades om den svarande hade använt något KAM-preparat (*herbal medicine*) under det föregående året. I det fall de svarade ja ombads de ange antal produkter, produktnamn och anledningen till användandet.

[24] KAM-preparat (*complementary and alternative medicine [CAM] remedies*) definierades som mineraler, vitaminer och andra substanser som inte förskrivits av läkare (såsom Q10, kisel, vitlök, ginseng, ginkgo biloba, valeriana, echinacea, fiskolja och homeopatiska läkemedel). Inga fasta svarsalternativ gavs, utan patienten uppmanades att lista KAM-preparat som de använt de senaste två veckorna.

[25] Frågan löd: ”*Did you buy any health food remedies e.g. herbal medicines in 1993, either for illness or as a preventive measure?*” Inga fasta svarsalternativ gavs, utan patienten uppmanades att lista preparat som de använt under år 1993.

Ytterligare en befolkningsstudie från början av 1990-talet har undersökt användningen av KAM-preparat[26] vid den aktuella tidpunkten (29). I denna studie som omfattade 6 500 deltagare rapporterade 22 procent av deltagarna användning av KAM-preparat vid den aktuella tidpunkten. Dock är det svårt att återge svarsfrekvensen för studien, då deltagarna var personer som rekryterats till en stor befolkningsstudie där rekryteringen fortfarande var pågående.

Patientstudierna har som väntat färre antal deltagare än befolkningsstudierna. I de identifierade studierna ingår mellan cirka 100–1 000 svarande (32–38). Den minsta studien omfattande endast 94 patienter har även en låg svarsfrekvens och är av begränsat värde för vår sammanställning (35). Svarsfrekvensen i övriga studier varierade mellan cirka 50 procent upp mot 90 procent. En av patientundersökningarna utfördes på 1980–1990-talet (32). Denna undersökning omfattande cancerpatienter och kontroller har den lägsta rapporterade frekvensen av KAM-användning (alternativmedicinsk behandling)[27] av patientstudierna, cirka 14–17 procent (beroende på år) av cancerpatienterna rapporterade användning och cirka 19 procent av kontrollerna. Tidsram för användning specificeras inte i studien. I övriga patientundersökningar ligger rapporterad användning av KAM mellan cirka 30 procent och 50 procent antingen för den aktuella tidpunkten eller för det senaste året. I en av undersökningarna omfattande patienter med reumatiska sjukdomar efterfrågades användningen av KAM både för den aktuella tidpunkten och för någon gång i livet (34). Cirka 30 procent angav användning vid tillfället och 65 procent svarade att de använt KAM[28] någon gång

[26] KAM-preparat (*natural remedies*) definierades som ett preparat som kan antas inte orsaka skadliga effekter vid normal användning hos människa eller djur och där den aktiva komponenten är en del av en växt eller ett djur, mineral eller naturligt förekommande bakteriell kultur, salt eller lösning av salt. Örtteer inkluderades inte. En person som någon gång under de sju dagarna av registrering använt ett preparat som innehöll någon av en rad angivna substanser ansågs vara användare av KAM-preparat. Bland de angivna substanserna ingick bl.a. fiskolja, vitlök, ginseng, aloe vera, proteiner, aminosyror och antioxidanter.

[27] Definition av alternativmedicinsk behandling och frågan framgår inte.

[28] KAM definerades så här: ”*CAM is treatment used as a complement or an alternative to conventional medicine. CAM drugs were defined as substances taken orally or used topically and with a natural origin (herbs, bacterial cultures, part of an animal, minerals, vitamins, or salts) and corresponding to the NIH definition of Biologically Based Practices. CAM methods included the following groups of practices defined by the NIH: Whole Medical Systems (homeopathy, traditional Chinese medicine), Mind-Body Medicine (meditation, mental healing), Manipulative and Body-Based Practices (chiropractic or osteopathic manipulation, massage) and Energy Medicine (Qui gong, use of magnetic fields)*”. NIH är en förkortning för *National Institutes of Health*. Patienterna försågs med en lista med metoder för att bättre förstå begreppet KAM.

i livet. I en annan av patientstudierna omfattande patienter med bröstcancer inkluderas enbart KAM-preparat[29] (33). I denna studie som omfattade 855 patienter och hade en svarsfrekvens på 50 procent var rapporterad användning drygt 30 procent vid det aktuella tillfället preoperativt jämfört med 58 procent postoperativt. En undersökning som i skrivande stund är under publicering har studerat KAM-användning hos 755 cancerpatienter i Stockholm (40). Svarsfrekvensen var knappt 60 procent. 34 procent av de som svarade rapporterade att de någonsin använt KAM och 26 procent att de använt KAM efter att cancerdiagnos ställts[30].

I befolkningsundersökningarna från de senaste 20 åren, som ingår i utredningens sammanställning, är den uppmätta användningen 17–71 procent (21, 24–28, 30, 31). Det är dock stora skillnader mellan studierna avseende hur långt tillbaka användningen kunde räknas; i vissa fall behövde användningen ha varit inom några veckor, medan andra studier frågade respondenterna om de någonsin använt KAM.

I befolkningsundersökningarna från 1980-talet och början av 1990-talet är det övre spannet för rapporterad användning lägre, cirka 40 procent (19, 20, 22, 29). Detta skulle kunna tolkas som att användningen ökat med åren, vilket en av dessa studier också tyder på då den visar att användningen av *vitaminer eller annan stärkande medicin* samt naturläkemedel[31] ökat mellan 1980–1981 och 1996–1997 (22). Samtidigt är det endast AKU-studien av dessa fyra äldre studier som inkluderar andra KAM-metoder än KAM-preparat och det är också den enda av de fyra studierna som undersöker användningen någon gång i livet (19). Det är också möjligt att den låga deltagarfrekvensen i senare års studier påverkat svarsmönstret (personer som inte använder KAM kan tycka att det är mindre angeläget att svara).

[29] Det ställdes en öppen fråga om samtidig behandling. I studien anges att det var biologiskt baserade KAM-preparat (*natural remedies*) som inkluderades (växtbaserade produkter, preparat vars beståndsdelar utgörs av en djurdel, vitaminer, mineraler, fettsyror, aminosyror, proteiner, probiotika, prebiotika, dieter och *functional food*).

[30] I enkäten efterfrågades om KAM någonsin använts (ja/nej) samt efter användning av specifik KAM-terapi före och/eller efter cancerdiagnos och/eller vid frågetillfället. Respondenterna fick en lista med 27 specifika metoder och möjlighet till fritextsvar.

[31] Frågorna löd: Har du under de senaste två veckorna använt vitaminer eller annan stärkande medicin, respektive har du under de senaste två veckorna använt naturläkemedel? Begreppen definieras inte mer i frågorna.

Bland befolkningsstudierna i vår sammanställning finns det fyra som är av större intresse genom att de är från 2000-talet, har en svarsfrekvens över 60 procent och har minst 1 000 deltagare (21, 25, 26, 30, 31). Andelen som rapporterade användning av KAM det senaste året var 20 procent i en av de två undersökningarna som utförts i Stockholm (21)[32], 32 procent i undersökningen utförd i Blekinge (25)[33] och 7 procent i nationella ULF-undersökningarna utförda av SCB år 2004–2005 (26)[34]. I den senare studien omfattades inte KAM-preparat till skillnad från i de två andra studierna, men användning av naturläkemedel efterfrågades separat vilket 17 procent rapporterade för de två föregående veckorna innan frågan ställdes. I den andra undersökningen utförd i Stockholm var det 17 procent som svarat att de besökt en alternativ behandlare[35] det föregående året (30) och 22 procent att de använt KAM-preparat[36] under det föregående året (31). I den förstnämnda studien utförd i Stockholm ovan och studien utförd i Blekinge efterfrågades även användningen av KAM någon gång i livet (21, 25). Cirka hälften av deltagarna (49 procent respektive 54 procent) rapporterade användning av KAM någon gång i livet, vilket är högre än de 20 procent som rapporterats i AKU-studien från 1985.

Utifrån beskrivningen av metodologiska brister är det uppenbart att det är svårt att utifrån utredningens sammanställning dra några allmänna slutsatser kring eventuella skillnader i användning av KAM mellan befolkningsundersökningar och patientundersökningar. Deltagarna i de olika patientstudierna är inte heller en homogen grupp. Två av patientstudierna omfattade dock även en kontrollgrupp, vilket tillåter jämförelse mellan patienterna och kontrollerna i de

[32] Frågan löd: ”Vilken erfarenhet har du av följande terapier?” Följt av följdfrågor såsom någon gång och det senaste året. Terapierna som lästes upp var akupunktur, antroposofisk medicin, healing, homeopati, kinesiologi, kiropraktik, kristallterapi, massage, naprapati, naturläkemedel, Rosenterapi och zonterapi.

[33] Frågan löd: ”Har du någon gång använt dig av någon form av komplementär och alternativ terapi?” Följt av samma fråga om det senaste året. Det är oklart om svarsalternativ eller någon mer förklaring gavs.

[34] Frågan löd: ”Har du under de senaste 12 månaderna behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av (i) naprapat, osteopat (ii) akupunktör, (iii) zonterapeut eller akupressör, (iv) homeopat, naturläkare eller (v) någon annan, nämligen?”

[35] I studien definierades KAM som manuella terapier, eller som icke-allopatisk medicin snarare än som okonventionell medicin. I enkäten efterfrågades om den svarande konsulterat någon alternativ behandlare exempelvis inom massage, akupunktur, kiropraktik eller naprapati eller andra terapier under det föregående året.

[36] I enkäten frågades om den svarande hade använt något KAM-preparat (*herbal medicine*) under det föregående året. I det fall de svarade ja ombads de ange antal produkter, produktnamn och anledningen till användandet.

aktuella studierna. I den ena skiljde sig inte rapporterad användning av alternativmedicinsk behandling[37] mellan cancerpatienterna och kontrollgruppen – 17 procent respektive 19 procent angav användning av alternativmedicinsk behandling (32). Tidsramen specificeras inte. I den andra studien var det visserligen statistiskt signifikant fler bland kontrollerna som rapporterade att de hade använt KAM[38] under det föregående året än bland patienterna med inflammatorisk tarmsjukdom. Den absoluta skillnaden var dock liten (53,5 procent jämfört med 48,3 procent, p=0,025 efter justering för ålder, kön, bostadsort och kost) (36).

Förekomst av olika KAM-metoder

Det är utifrån befintliga data i sammanställningen svårt att dra några generella slutsatser kring de vanligaste använda KAM-metoderna. Som tidigare nämnts har användningen av utpekade metoder efterfrågats i en del undersökningar, varför resultaten inte nödvändigtvis ger en helt rättvis bild av användningen och föredelningen mellan metoder. Frekvensen av användning av olika KAM-metoder finns tillgänglig i fem av befolkningsstudierna i vår sammanställning (19, 21, 25, 28, 30, 31). I två av studierna från 2001 respektive 2005 utförda i Stockholm[39, 40](21) respektive i Blekinge[41, 42] (25) var de fem vanligaste rapporterade metoderna: massage (57 procent respektive 31 procent),

[37] Definition av alternativmedicinsk behandling och frågan framgår inte.
[38] 24 svarsalternativ gavs (massage, KAM-preparat, avslappning, yoga, akupunktur, naprapati, rådgivning, kiropraktik, meditation, religion, qigong, reflexologi, healing, akupressur, homeopati, diet, självhjälpsgrupp, traditionell kinesisk medicin, hypnos, antroposofisk medicin, shiatsu, aromaterapi, ayurveda och Rosenmetoden) samt möjlighet att ange annan metod.
[39] Frågan löd: Vilken erfarenhet har du av följande terapier? Följt av följdfrågor såsom någon gång och det senaste året. Terapierna som lästes upp var akupunktur, antroposofisk medicin, healing, homeopati, kinesiologi, kiropraktik, kristallterapi, massage, naprapati, naturläkemedel, Rosenterapi och zonterapi.
[40] Massage 57 procent, naturläkemedel 42 procent, kiropraktik 30 procent, akupunktur 26 procent, naprapati 21 procent, zonterapi 9 procent, homeopati 7 procent, healing 4 procent, antroposofisk medicin 3 procent, Rosenterapi 2 procent, kinesiologi 2 procent och kristallterapi 1 procent.
[41] Frågan löd: ”Har du någon gång använt dig av någon form av komplementär och alternativ terapi?” Följt av samma fråga om det senaste året. Det är oklart om svarsalternativ eller någon mer förklaring gavs.
[42] Massage 31 procent, naturläkemedel 27 procent, akupunktur 17 procent, kiropraktik 14 procent, naprapati 11 procent, homeopati 6 procent, qigong 5 procent, meditation 4 procent, akupressur 2 procent, zonterapi 2 procent, aromaterapi 2 procent och skratterapi 1 procent. Övriga terapier hade färre än en procent använt. Övriga metoder som rapporterades av mindre än en procent var reflexologi, kinesiologi, kroppsorienterad psykoterapi, Rosenterapi, yoga, *functional foods*, feldenkrais, laser, ljusterapi och antroposofisk medicin.

naturläkemedel (42 procent respektive 27 procent), akupunktur (26 procent respektive 17 procent), kiropraktik (30 procent respektive 14 procent) och naprapati (21 procent respektive 11 procent). I båda dessa studier angavs besvär med rörelseapparaten som den vanligaste orsaken till att de sökt vård. I en annan befolkningsstudie utförd på Jordbro vårdcentral var det samma metoder som var vanligast, men med en något annan ordningsföljd (massage cirka 40 procent, akupunktur cirka 25 procent, KAM-preparat 22 procent, kiropraktik cirka 14 procent och naprapati cirka 13 procent)[43, 44 ,45] (30, 31). Även i denna studie var besvär med rörelseapparaten den vanligaste orsaken till vårdbesöket. I befolkningsstudien i Skåne från 2016 är dessa fem metoder också bland de vanligaste metoderna, men i denna undersökning finns även andningsövningar, yoga och avslappning med bland de vanligaste metoderna[46, 47] (28). I den femte studien, AKU-undersökningen från mitten av 1980-talet, var besök hos kiropraktor (inklusive kotknackare) vanligast (13 procent) följt av homeopati (inklusive kloka gubbar) (4 procent), akupunktur (3 procent), naprapati (2 procent), zonterapi (2 procent) och örtmedicin, naturmedel, vitamin- eller mineralterapi (1 procent)[48, 49] (19).

---

[43] I studien definierades KAM som manuella terapier, eller som icke-allopatisk medicin snarare än som okonventionell medicin. I enkäten efterfrågades om den svarande konsulterat någon alternativ behandlare exempelvis inom massage, akupunktur, kiropraktik eller naprapati eller andra terapier under det föregående året.

[44] I enkäten frågades om den svarande hade använt något KAM-preparat (*herbal medicine*) under det föregående året. I det fall de svarade ja ombads de ange antal produkter, produktnamn och anledningen till användandet.

[45] Övriga metoder hade färre än fem procent använt. Användningen är avläst från ett diagram.

[46] Användning av alternativ och komplementär medicin inkluderar här besök hos vårdgivare (exempelvis massör eller akupunktör), intag av naturmedel, örtmedicin eller kosttillskott, samt användning av självhjälpsmetoder som yoga eller avslappning. I siffran inkluderas inte mottagande av komplementär behandling hos konventionell vårdgivare eller på remiss. Det gavs vissa metoder att ta ställning till. Det är oklart om möjlighet till fritextsvar gavs.

[47] Kosttillskott, örtmedicin eller naturmedel 53 procent, varav 69 procent av denna användning utgjordes av kosttillskott, 25 procent av örtmedicin 6 procent av naturmedel. En tredjedel (33 procent) hade uppsökt en KAM-vårdgivare. Bland de som hade besökt en KAM-vårdgivare bestod de flesta besöken av massage 53 procent, kiropraktik 17 procent, naprapati 11 procent, akupunktur 6 procent, healing 3 procent, osteopati 2 procent, zonterapi 2 procent, homeopati 1 procent och övrigt 7 procent. En knapp tredjedel (32 procent) uppgav att de använt någon typ av självhjälpsmetod. Bland självhjälpsmetoderna var andningsövningar 26 procent, yoga 20 procent och avslappning 17 procent de vanligast förekommande.

[48] Frågan löd: ”Har du någonsin behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av kiropraktor, zonterapeut, akupunktör, homeopat, naturläkare eller liknande – alltså av en alternativ terapeut?”. Denna fråga följdes upp med angivelse av när behandlingen skett och vilken typ av behandling det gällt. 21 olika metoder kunde anges och dessutom kunde annan behandling anges.

[49] Övriga metoder som fanns som svarsalternativ var elektroterapi, bindvävsmassage, fasta, vegetarisk diet, akupressur, antroposofisk medicin, magnetterapi, THX, healing, kroppsbalansering, polaritetsterapi, osteopatisk behandling, biofeedback, primalterapi och rebirthing. Dessa metoder hade färre än en procent använt.

I AKU-undersökning angavs 21 olika metoder och det fanns möjlighet till fritextsvar. Massage fanns endast med i form av bindvävsmassage.

Det är värt att framhålla att kiropraktik och naprapati inkluderas i de flesta undersökningar, vilket kan leda till överskattning av användningen av KAM, i förhållande till utredningens definition. Likaså inkluderas kiropraktik och naprapati i en utredning från dåvarande Landstingsförbundets utredningar från början av 2000-talet (41). Utredningen fick viss kritik för detta. Enligt KAM-utredningens definition inkluderas inte kiropraktik och naprapati, då kiropraktor och naprapat är legitimationsyrken sedan år 1999 respektive år 1994. Detta innebär att de är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och bl.a. inte omfattas av de särskilda bestämmelser som finns i patientsäkerhetslagen rörande behandlare inom KAM. En del studier inkluderar även vitaminer och mineraler som inte heller inkluderas i utredningens definition av KAM. Detta kan leda till att användningen överskattas i enkätstudierna. Det kan även diskuteras exempelvis om alla typer av massagebehandlingar bör inkluderas i användningen av KAM, då en del är avsedda för rent välbefinnande snarare än av medicinska skäl.

KAM-användare

En majoritet av befolkningsstudierna tyder på att det är vanligare att kvinnor än män använder KAM (20–22, 24, 27–29, 31) medan AKU-undersökningen (19) och två patientstudier inte visar på någon skillnad mellan könen (35, 37). I en studie kvarstod inte skillnaden i användningen mellan kvinnor och män efter justering för störfaktorer (*confounders*) (30). Hur stora skillnaderna i användningen är mellan könen varierar också mellan olika KAM-metoder. Exempelvis förefaller KAM-preparat användas mer frekvent av kvinnor än av män (20–22, 24–26, 29, 31, 34, 42). Även försäljningsstatistik över förskrivna växtbaserade läkemedel, traditionella växtbaserade läkemedel och naturläkemedel visar att försäljningen är större till kvinnor än män (43). Nästan två tredjedelar av receptförsäljningen av växtbaserade läkemedel, traditionella växtbaserade läkemedel och naturläkemedel var till kvinnor år 2016 (knappt 1,8 miljoner kronor jämfört med knappt 900 000 kronor till män). Det ska dock noteras att andelen som förskrivs är låg (1,3 procent) i jämförelse med den

totala försäljningen[50] som uppgick till knappt 203 miljoner kronor år 2016.

I flera studier finns även ett samband mellan KAM-användning och högre utbildningsnivå (21, 23, 24, 28, 29, 31, 37). Det man mätt i studierna, utbildningsnivå, kan vara en markör för andra socioekonomiska faktorer, särskilt då inkomst. Detta eftersom KAM-behandlingar i hög utsträckning betalas av användarna själva. Det finns också ett samband mellan KAM-användning och dåligt självupplevd hälsa i flera studier (20, 23–25, 29, 34, 37). När det gäller samband mellan ålder och KAM-användning ger studierna varierande svar och det är svårt att dra några slutsatser. Användningen av KAM i olika åldrar kan också tänkas variera mellan olika metoder. Enligt försäljningsstatistik från 2016 av förskrivna växtbaserade läkemedel, traditionella växtbaserade läkemedel och naturläkemedel var cirka två tredjedelar av försäljningen sett till försäljningsvärdet till personer i åldersintervallet 45 år till 84 år, med en topp vid 70–74 år (43).

Internationell utblick – KAM-användning

För att få en uppfattning om hur svenska data över rapporterad användning av KAM förhåller sig till data från närliggande länder kan nämnas att det i en dansk befolkningsundersökning från 2017 var det 55 procent som rapporterade att de någonsin använt alternativ behandling[51] och knappt 30 procent som rapporterade användning det senaste året (44). Användningen var större bland kvinnor än bland män och den största användningen fanns bland kvinnor i åldrarna 35–54 år. I en norsk befolkningsundersökning rapporterade drygt en tredjedel av de svarande att de hade använt alternativ behandling[52] under år 2016 (46 procent av kvinnorna och 28 procent av männen) (45). Cirka en fjärdedel svarade att de hade uppsökt en alternativ

[50] Den totala försäljningen inkluderar: egenvård, förskrivning, slutenvård och öppenvårdsrekvisition (läkemedel som expedierats vid apotek till patient men där betalning skett via fakturering till sjukvårdshuvudmannen enligt särskilda lokala avtal, s.k. ”öppenvårdsrekvisition”).
[51] Alternativ behandling definierades som vård av behandlare utförd utanför den allmänna hälso- och sjukvården.
[52] I enkäten fanns nio alternativa metoder uppräknade: akupunktur, homeopati, zonterapi, healing, kinesiologi, massage, naprapati, osteopati, kopping samt möjlighet att uppge annat. Det var även separata frågor kring användning av kosttillskott, örter och naturmedel och självhjälpstekniker.

behandlare, cirka 10 procent att de hade använt örter eller naturmedel och 15 procent att de hade använt självhjälpstekniker. I en jämförande studie mellan användningen av KAM i de skandinaviska länderna var det 34 procent i Norge, 45 procent i Danmark och 49 procent i Sverige som rapporterade användning av KAM någon gång i livet (46). Uppgiften över användningen i Sverige kom från ovannämnda studie som genomfördes i Stockholm år 2000 (21), uppgifterna från Danmark kom från en stor befolkningsundersökning utförd år 2000 och uppgifterna angående användningen av KAM i Norge kom från en nationell telefonundersökning genomförd år 1997. I studien konstateras att det var en större andel kvinnor än män och en större andel bland de med längre utbildning som rapporterade användning av KAM.

I en systematisk översikt över befolkningsundersökningar av KAM-användning i Tyskland publicerade mellan år 1993 och år 2012 varierade användningen mellan 40 och 62 procent (47). Författarna drog även slutsatsen att man de senaste åren av studieperioden inte längre såg en ökande användning av KAM och att användningen av vissa metoder tycktes sjunka. Det senare gällde särskilt KAM-preparat (*herbal remedies*). I en annan undersökning genomförd i 14 europeiska länder omfattande 965 cancerpatienter rapporterade 36 procent att de vid det aktuella tillfället använde eller någon gång i livet använt KAM (48). Den rapporterade användningen av KAM varierade mellan 15 procent och73 procent i de olika länderna. Bland de 59 cancerpatienter från Sverige som ingick i undersökningen var det 31 procent som rapporterade KAM-användning. Det EU-finansierade CAMbrella-projektet under år 2010–2012 genomförde en systematisk översikt över befolkningsstudier över KAM-användning[53] (49). Förekomsten av rapporterad KAM-användning varierade stort mellan länderna (0,3 procent till 86 procent) och uppgifterna var förenade med osäkerheter, heterogeniteten mellan studierna var stor och studiekvaliteten låg. För att öka kvaliteten och möjligheten till att göra jämförelser mellan studier föreslog författarna bl.a. att en gemensam definition för KAM används inom EU och att ett standardiserat sätt för rapportering införs.

[53] Definitionen av KAM baserades på definitionen som användes av *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) (numera *National Center for Complementary and Integrative Health* [NCCIH]) ”en grupp av diverse medicinska system och hälso- och sjukvårdssystem och produkter som inte allmänt anses vara del av den konventionella medicinen”.

Hälso- och sjukvårdspersonalens syn på KAM

Även om det finns ett antal undersökningar om användningen av KAM i Sverige är det som tidigare konstaterat svårt att ge ett entydigt svar på hur stor KAM-användningen är i Sverige, då jämförbarheten mellan studierna är låg. Befintliga data tyder dock på att det är många som någon gång använt KAM i Sverige. Samtidigt tyder attitydundersökningar riktade till hälso- och sjukvårdspersonal på att de själva upplever sig ha en låg kunskap om KAM samtidigt som de anser att det är viktigt att ha kunskap om KAM och att kunna informera om KAM om patienterna efterfrågar det (50, 51). Det ska dock noteras att den första studien var riktad till sjuksköterskor och att det även i den andra studien huvudsakligen var sjuksköterskor bland de svarande. I den andra studien ovan angav studiedeltagarna att det är sällan som deras patienter tar upp frågor avseende KAM och väldigt sällan som de diskuterade frågor relaterade till KAM med sina patienter. I en annan undersökning var det däremot 41 procent av tillfrågade läkare som angav att de får frågor av patienter om komplementär vård dagligen eller varje vecka och ytterligare 23 procent varje månad (52). Bland övrig vårdpersonal var motsvarande siffror 14 procent respektive 20 procent. I den sistnämnda studien innebar dock definitionen av komplementär vård att behandlingen skulle ske under läkaransvar som komplement till hälso- och sjukvård och att metoderna skulle vara beprövade och patientsäkra[54]. Det bör även tilläggas att det endast var 75 svarande läkare och 104 svarande bland övrig vårdpersonal och att studien hade en svarsfrekvens/deltagarfrekvens på drygt 50 procent.

[54] I studien användes följande definition: ”Med komplementär hälso- och sjukvård avses behandlingar som används samtidigt med, som ett komplement till, den skolmedicinska behandlingen. Behandlingen sker under läkaransvar och metoderna ska vara beprövade och patientsäkra. Det skall ej blandas samman med alternativ medicin, som avser behandlingar som används utanför sjukvården.”

6.6 Friskvård

- Statligt subventionerade friskvårdsbidrag kan användas till tjänster som erbjuds av KAM-utövare.
- Det är svårt att få en bild av omfattningen av friskvård och KAM eftersom varje enskild arbetsgivare fattar beslut om de ska erbjuda sina anställda friskvårdsbidrag och med vilket belopp.

En arbetsgivare kan ge personalen möjlighet till enklare slag av motion och annan friskvård genom att subventionera aktiviteten helt eller delvis, s.k. friskvårdsbidrag. Motionen eller friskvården ska vara av enklare slag och mindre värde. Arbetsgivaren väljer själv om den vill erbjuda de anställda ett friskvårdsbidrag.

Friskvårdsbidraget betraktas som en personalvårdsförmån som är undantaget huvudregeln om att alla inkomster som erhålls på grund av tjänst ska tas upp som intäkt (11 kap. 1 § första stycket inkomstskattelagen [1999:1229]). Med personalvårdsförmåner avses förmåner av mindre värde som inte är en direkt ersättning för utfört arbete utan består av enklare åtgärder för att skapa trivsel i arbetet eller liknande eller lämnas på grund av sedvänja inom det yrke eller den verksamhet som det är fråga om.

Som personalvårdsförmån räknas enligt 11 kap. 12 § inkomstskattelagen bl.a. möjlighet till enklare slag av motion och annan friskvård. Utrustning som löparskor eller skidor är däremot inte en skattefri förmån. För att friskvårdsbidraget ska omfattas av reglerna om skattefri personalvårdsförmån krävs att friskvårdsbidraget erbjuds med lika stort belopp och på samma villkor till hela personalen. Beloppet som erbjuds måste vara av mindre värde. Skatteverket anser att ett belopp om 5 000 kronor inklusive mervärdesskatt per anställd och år utgör ett mindre värde. En aktivitet som kostar mer än 1 000 kronor inklusive mervärdesskatt för ett tillfälle, uppfyller inte kraven för enklare slag och mindre värde. Om arbetsgivaren via friskvårdsbidraget betalar en sådan aktivitet ska den anställde beskattas.

Skatteverket har tagit fram en tabell över vilka friskvårdsaktiveter och träningsformer som arbetsgivaren kan erbjuda skattefritt samt sådana aktiviteter som inte ger skattefrihet (53). Listan innehåller exempel på över 100 olika aktiviteter och gör inga anspråk på att vara

heltäckande. På listan över skattefria friskvårdsaktiviteter återfinns bl.a. aerobics, bergsklättring, amerikansk fotboll, cheerleading, golf, innebandy och styrketräning.

Begreppet friskvård omfattar även behandlingar som vanligen brukar betraktas som KAM. Metoder som kan ge rätt till bidrag är bl.a. Rosenterapi, akupunktur, akupressur, kinesiologi, zonterapi, ljusterapi, osteopati och floating rest.

Gällande akupressur, kinesiologi, zonterapi m.m. uttalar Skatteverket att gemensamt för dessa behandlingsformer är att de syftar till att förebygga och motverka ömhet och stelhet i exempelvis axlar, armar, nacke eller rygg som kan uppkomma i samband med ensidigt arbete. Dessutom kan behandlingarna också ha positiva effekter för personer som har sömn- och koncentrationssvårigheter orsakade av stress på arbetsplatsen (54). Utredningens bedömning är att skälet till att de uppräknade KAM-metoderna berättigar till ersättning är att de generellt inte betraktas som hälso- och sjukvård och att de dessutom uppfyller de övriga kriterierna för friskvårdsbidrag, dvs. de är aktiviteter av enklare slag. Skatteverket har inte uppdraget att göra en noggrann prövning av de medicinska effekterna av metoderna.

Friskvårdsbidrag för kiropraktik och naprapati kan inte erhållas förutsatt att det inte handlar om massagebehandlingar av enklare slag. Att friskvårdsbidrag inte kan betalas ut för dessa behandlingar hänger samman med att de är att betrakta som hälso- och sjukvård. Detta innebär, omvänt, även att KAM-metoderna som räknas upp ovan ur ett skatterättsligt perspektiv generellt inte heller är att betrakta som hälso- och sjukvård.

Utredningen har inte någon bild av hur många personer som begär friskvårdsersättning för sådant som snarast är att klassificera som KAM-metoder. Flera KAM-aktörer annonserar emellertid om att de utför tjänster som är att klassificera som friskvård och att friskvårdsbidraget går att använda. Aktörerna använder sig ibland av s.k. friskvårdsportaler för att förmedla friskvårdstjänster, se avsnitt 6.3. Genom friskvårdsbidraget har således KAM-aktörer en möjlighet att utföra tjänster som indirekt subventioneras med offentliga medel.

6.7 Företagshälsovård

- Utredningens genomgång av företagshälsovården visar att KAM inte förekommer i någon större utsträckning i tjänsteutbudet.
- Företagshälsovården brukar emellertid bl.a. erbjuda yoga och mindfulness.

Enligt 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen (1977:1160), ska arbetsgivaren svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Med företagshälsovård avses enligt samma bestämmelse en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. I 11 kap. 18 § andra stycket inkomstskattelagen anges bl.a. att förmån av företagshälsovård inte ska tas upp för beskattning.

Arbetsmiljöverket anger i en informationsbroschyr att företagshälsovårdens arbetsuppgifter kräver många olika kompetenser (55). Det kan handla om kunskaper i t.ex. arbetsorganisation, yrkeshygien, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik. Vidare anges att olika arbetsplatser och branscher kan ha olika behov av företagshälsovård både när det gäller utbudet av tjänster och av specifik yrkeskompetens.

Branschföreningen Sveriges Företagshälsor uppger på sin hemsida att företagshälsovården i Sverige arbetar tvärvetenskapligt och består av cirka 130 företag (56). Över 4 000 personer uppges vara anställda inom branschen. Därutöver finns ytterligare ett antal personer som arbetar som underleverantörer och konsulter. Sveriges Företagshälsor anger vidare att den största yrkesgruppen är företagssköterskor, som utgör nästan en tredjedel av branschens alla verksamma. Därefter kommer beteendevetare, läkare, ergonomer, arbetsmiljöingenjörer och hälsovetare.

Definitionen på företagshälsovård styrs bl.a. av arbetsmiljölagstiftningen. Ur ett skatterättsligt perspektiv görs en distinktion mellan företagshälsovård och hälso- och sjukvård. Skatteverket anger att företagshälsovården är organisations- och gruppinriktad (57). Inslaget av individuellt inriktad vård är begränsat och ingår endast som

ett led i arbetet med att kartlägga och förbättra arbetsmiljön. För den anställda innebär därför förmånen av fri företagshälsovård inte några inbesparade levnadskostnader. Förmånen av fri företagshälsovård har därför undantagits från förmånsbeskattning.

Det förekommer att företag som arbetar inom företagshälsovården också tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster samt friskvård. Hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls inom företagshälsovården är skattepliktiga för den anställde.

Exempel på tjänster som brukar erbjudas av företagshälsovården är bl.a. stödjande samtal, stressutredning, arbetsförmågebedömning. En genomgång som utredningen har gjort av några av de aktörer som tillhandahåller företagshälsovård visar bl.a. att metoder som mindfulness och medicinsk yoga är återkommande i tjänsteutbudet. Sådana tjänster erbjuds även av vissa landstings egna företagshälsovårdsorganisationer. Minst en företagshälsovårdsaktör erbjuder KBT-online, bl.a. för att hantera stress. JärnaHälsan AB är en aktör som uppger att de låter sin verksamhet inspireras av antroposofisk livssyn och erbjuder exempelvis en kurs i antroposofisk människosyn (58). Svenska naprapatförbundet har uppgett för utredningen att naprapati är stort inom företagshälsovården men att naprapatin utgör en liten del av den offentligt finansierade vården.

Sveriges Företagshälsor uppger på sin hemsida att de genom ett vetenskapligt råd erbjuder vetenskaplig granskning av utvärderings- och bedömningsinstrument (59). Rådet uppges vara ”en del i branschens kvalitetsarbete” och syftet är att ”möjliggöra användning av metoder som har ett vetenskapligt stöd samt att uppmuntra till att metoder som saknar vetenskapligt stöd i nuläget beforskas och utvärderas”. Granskningen görs av ett antal forskare.

6.8 KAM i privata sjukvårdsförsäkringar

- KAM brukar inte ingå i svenska försäkringsbolags privata sjukvårdsförsäkringar. Däremot ingår i regel naprapati och kiropraktik.
- Det finns exempel på enskilda försäkringsbolag som erbjuder exempelvis osteopati och akupunktur i sina sjukvårdsförsäkringar.

Den övervägande delen av hälso- och sjukvården i Sverige är offentligt finansierad. Därutöver finns det även privatfinansierad vård. Privatfinansierad vård erbjuds ofta genom privata sjukvårdsförsäkringar som kan tecknas av enskilda privatpersoner eller genom arbetsgivaren som en skattepliktig förmån. Frågan är i vilken utsträckning privata hälso- och sjukvårdsförsäkringar även tillhandahåller KAM-metoder.

Utredningen har träffat företrädare för försäkringsbolag, naprapater, kiropraktorer och branschföreningar som bl.a. har KAM-utövare bland sina medlemmar. Därutöver har information inhämtats från hemsidor m.m.

De olika försäkringsbolagens vårdtjänster är snarlika till sitt innehåll. Sjukvårdsförsäkringarna omfattar exempelvis tjänster som sjukvårdsrådgivning, läkarvård av specialistläkare och behandling av fysioterapeut, kiropraktor eller naprapat[55]. I vården ingår bl.a. operation och sjukhusvård, eftervård och rehabilitering. Ibland ingår även behandlingar av psykolog och psykoterapeut liksom behandlingar hos logoped och dietist. Några exempel på KAM-behandlingar har utredningen inte kunnat hitta.

Noterbart är att vård av kiropraktor och naprapat oftast ingår i sjukvårdsförsäkringarna. Kiropraktik och naprapati är i dag inte att betrakta som KAM, men är ändå mindre vanligt förekommande i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. De finns få exempel på landstingsanställda kiropraktorer och naprapater.

Ett försäkringsbolag som skiljer sig från de övriga bolagen som utredningen har undersökt närmare, är Euro Accident. Bolaget erbjuder exempelvis osteopati och akupunktur i sin sjukvårdsförsäkring. I sammanhanget kan dock nämnas att osteopati ligger naprapatin och kiropraktiken nära. I många andra länder utgör osteopatin en del av hälso- och sjukvårdsutbudet och osteopat är då ofta också en auktoriserad titel (bl.a. i Finland och Danmark). Bolaget har vid möte med utredningen uppgivit att de också arbetar med en satsning på funktionsmedicin och har varit delaktiga i ett pilotprojekt om vård av personer med sköldkörtelsjukdomar.

Slutsatsen är att KAM-metoder erbjuds i en mycket begränsad omfattning i de privata sjukvårdsförsäkringarna. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund, som är en av de största branschföreningarna inom KAM, bekräftar detta. De har uppgett för utredningen att de

[55] Försäkringsbolag som jämförts är Skandia, Länsförsäkringar, If, Folksam och Trygg-Hansa.

inte har arbetat med frågan att få in metoderna i de privata sjukvårdsförsäkringarna. Företrädare för både naprapaterna och kiropraktorerna har vid möten med utredningen uppgett att få av deras utövare är anställda av landstingen, men att företagshälsovården och försäkringsbolagen är viktiga som uppdragsgivare. Kiropraktik uppges vidare ingå i nästan alla privata sjukvårdsförsäkringar, vilket också framgår av utredningens genomgång. Naprapaterna angav för utredningen att de har dialog och samtal med stora privata vårdaktörer som Aleris, Praktikertjänst och Capio men att naprapaterna generellt inte är en del av deras direkta utbud, utan ingår i ”andra företagsgrupperingar”.

Referenser

1. ArcanumSkolan. Basmedicin motsvarande 30–60 högskolepoäng. http://arcanum-homeopati.se/basmedicin-motsvarande-30-60-hogskolepoang/ (hämtad 2019-01-22).
2. Axelssons Gymnastiska Institut. Basmedicin – Grundkurs. http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/basmedicin/grundkurs (hämtad 2019-01-22).
3. Neijing Akademin. Basmedicin. www.neijingakademin.se/utbildning/utbildning-2/ (hämtad 2019-01-22).
4. Skandinaviska Osteopathögskolan. Basmedicinprogrammet. http://osteopathogskolan.se/utbildning/basmedicinprogrammet/ (hämtad 2019-01-22).
5. Vedic Akupunkturskola. Basmedicin. http://vedicakupunktur.se/wordpress/?page_id=1904 (hämtad 2019-01-22).
6. Högskolan Väst. Akupunktur vid vård av personer med psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd 7,5 hp. www.hv.se/utbildning/kurs/akupunktur-vid-vard-av-personer-med-psykisk-ohalsa-och-psykiatriska-tillstand-deltid-campus-apv100/ (hämtad 2019-01-22).
7. Vidar Rehab. Om oss. https://vidarrehab.se/om-oss-kontakt/ (hämtad 2019-01-28).

8. Vidar vårdcentral. Välkommen till Vidar vårdcentral. https://vidarvardcentral.se/ (hämtad 2019-01-28).

9. Friskcentralen Helheten. Terapeuter. www.friskcentralen-helheten.se/terapeuter-10350461 (hämtad 2019-01-25).

10. Hälsans hus Stockholm. Terapeuter. https://halsanshus-stockholm.se/terapeuter/ (hämtad 2019-01-25).

11. Skatteverket. Moms vid sjukvård. SKV 583 utgåva 1. www.skatteverket.se/download/18.71004e4c133e23bf6db80009 3715/1359707509977/58301.pdf (hämtad 2019-01-22).

12. Branschrådet Svensk Massage, Kroppsterapeuternas Yrkesförbund och MIND Research AB. Arbeta som massör 2011.

13. 1177 Vårdguiden, Region Östergötland. Rehabilitering i grupp: Lära sig leva med cancer. www.1177.se/Ostergotland/Tema/Cancer/Hjalp-och-stod/Psykologiskt-stod/Levamedcancer/ (hämtad 2019-01-22).

14. 1177 Vårdguiden, Region Östergötland. Att få cancerbesked. www.1177.se/Ostergotland/Tema/Cancer/Forsta-tiden-efter-beskedet/Nar-livet-forandras/Att-fa-ett-cancerbesked/ (hämtad 2019-01-22).

15. Stockholms läns landsting. Att stärka patientens ställning – vägledning för patienter och personal. www.sll.se/globalassets/6.-om-landstinget/styrande-dokument/3-karnverksamhet/halso--och-sjukvard/halsa-vard-handbokrattighetskatalog-starka-patientens-stallning.pdf (hämtad 2019-02-21).

16. Regionalt cancercentrum (RCC) Stockholm Gotland. Om du funderar på komplementär och alternativ medicin – information till personer med cancer. 3:e upplagan, mars 2018. www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/vardprocesser/integrativ-cancervard/ (hämtad 2019-01-22).

17. Region Skåne. Protokoll från regionfullmäktiges sammanträde 2018-06-19. https://www.skane.se/Public/Protokoll/Regionfullmäktige/2018-06-19/Regionfullmäktige_2018-06-19_protokoll.pdf (hämtad 2019-02-19).

18. Sydsvenska Dagbladet. Debattinlägg: ”Beslutet att utbilda instruktörer i mindfulness kan äventyra vård som har gott vetenskapligt stöd.”. 2018-07-23. www.sydsvenskan.se/2018-07-23/beslutet-att-utbilda-instruktorer-i-mindfulness-kan-aventyra-vard-som-har-gott-vetenskapligt-stod (hämtad 2019-01-23).

19. Alternativmedicinkommittén. Fakta och röster om alternativ medicin: en delrapport från Alternativmedicinkommittén. Stockholm: Allmänna förlaget; 1987.

20. Al-Windi A., Elmfeldt D., Svärdsudd K. The relationship between age, gender, well-being and symptoms, and the use of pharmaceuticals, herbal medicines and self-care products in a Swedish municipality. European journal of clinical pharmacology. 2000;56(4):311–7. Epub 2000/08/23.

21. Eklöf M., Tegern G. Stockholmare och den komplementära medicinen: Befolkningsstudie angående inställning till och användning av komplementär medicin. Stockholm: HSN, Stockholms läns landsting 2001.

22. Messerer M., Johansson SE., Wolk A. Use of dietary supplements and natural remedies increased dramatically during the 1990s. Journal of internal medicine. 2001;250(2):160-6. Epub 2001/08/08.

23. Messerer M., Johansson SE., Wolk A. Sociodemographic and health behaviour factors among dietary supplement and natural remedy users. European journal of clinical nutrition. 2001;55(12):1 104–10. Epub 2002/01/10.

24. Nilsson M., Trehn G., Asplund K. Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. Multinational Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease. Journal of internal medicine. 2001;250(3):225–33. Epub 2001/09/14.

25. Krona H. Komplementär och alternativ medicin: en inventeringsstudie Blekinge forsknings- och utvecklingsenhet; 2005.

26. Statistiska centralbyrån (SCB). Ohälsa och sjukvård 1980–2005. 2006. www.scb.se/statistik/_publikationer/le0101_1980i05_br_le113sa0601.pdf (hämtad 2019-01-18).

27. Novus-undersökning med den svenska allmänheten om deras åsikter i frågor gällande sjukvård, naturläkemedel och integrativa behandlingsformer utförd på uppdrag av Vidarkliniken. 2015.

28. Wemrell M., Merlo J., Mulinari S., Hornborg A-C., Enheten for Socialepidemiologi. Medicinska fakulteten LU. Användning av alternativ och komplementär medicin (AKM) i Skåne: Pilotstudie 2016. Rapport 2016:1. http://portal.research.lu.se/portal/files/21231713/AKM_rapport.pdf (hämtad 2019-01-18).

29. Wallström P., Elmståhl S., Johansson U., Östergren PO., Hanson BS. Usage and users of natural remedies in a middle-aged population: demographic and psychosocial characteristics. Results from the Malmö Diet and Cancer Study. Pharmaco-epidemiology and drug safety. 1996;5(5):303-14. Epub 1996/09/01.

30. Al-Windi A. Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use. Complementary therapies in medicine. 2004;12(2-3):99–111. Epub 2004/11/25.

31. Al-Windi A. Predictors of herbal medicine use in a Swedish health practice. Pharmacoepidemiology and drug safety. 2004;13(7):489–96. Epub 2004/07/23.

32. Hardell L., Nordenstam M., Moqvist I., Lindberg L. Ny studie av cancerpatienter i Umeå: alternativmedicin inget alternativ. Läkartidningen. 1998;95(18):2092–5. Epub 1998/06/11.

33. Hietala M., Henningson M., Ingvar C., Jönsson PE., Rose C., Jernström H. Natural remedy use in a prospective cohort of breast cancer patients in southern Sweden. Acta Oncol. 2011;50(1):134–43. Epub 2010/05/27.

34. Klingberg E., Wallerstedt SM., Torstenson T., Håwi G., Forsblad-d'Elia H. The use of complementary and alternative medicine in outpatients with inflammatory rheumatic diseases in Sweden. Scandinavian journal of rheumatology. 2009;38(6):472–80. Epub 2009/11/20.

35. Lövgren M., Wilde-Larsson B., Hök J., Leveälahti H., Tishelman C. Push or pull? Relationships between lung cancer patients' perceptions of quality of care and use of complementary and alternative medicine. European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society. 2011;15(4):311–7. Epub 2010/11/26.

36. Oxelmark L., Lindberg A., Löfberg R., Sternby B., Eriksson A., Almer S., et al. Use of complementary and alternative medicine in Swedish patients with inflammatory bowel disease: a controlled study. European journal of gastroenterology & hepatology. 2016;28(11):1 320–8. Epub 2016/07/30.

37. Lökk J., Nilsson M. Frequency, type and factors associated with the use of complementary and alternative medicine in patients with Parkinson's disease at a neurological outpatient clinic. Parkinsonism & related disorders. 2010;16(8):540–4. Epub 2010/07/27.

38. Skovgaard L., Nicolajsen PH., Pedersen E., Kant M., Fredrikson S., Verhoef M., et al. Use of Complementary and Alternative Medicine among People with Multiple Sclerosis in the Nordic Countries. Autoimmune diseases. 2012;2012:841085. Epub 2013/01/11.

39. Ernst E SK. More harm than good? The moral maze of complementary and alternative medicine: Springer International Publishing; 2018.

40. Wode K., Roger Henriksson R., Sharp L., Stoltenberg A. and Hök Nordberg J. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a crosssectional study. BMC Complement Altern Med. Under publicering.

41. Landstingsförbundet ÖU. Den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landets landsting. Örebro: Repro, Örebro universitet; 2001.

42. Jacobson N-O. Naturläkemedel och okonventionella behandlingsmetoder: en socialpsykiatrisk undersökning av erfarenheter och attityder hos läkare och allmänhet. Stockholm: Diss. Stockholm: Karolinska Institutet; 1979.

43. Concise. Försäljningsdata från E-hälsomyndigheten.

44. Statens Institut for Folkesundhed. Alternativ behandling. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017. www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/alternativ_behandling (hämtad 2019-01-18).

45. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). NAFKAM-undersøkelsen 2016. http://nafkam.no/sites/default/files/2018-08/NAFKAM-2016%20rapport_0.pdf (hämtad 2019-01-22).

46. Hanssen B., Grimsgaard S., Launsø L., Fønnebø V., Falkenberg T., Rasmussen NK. Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. Scandinavian journal of primary health care. 2005;23(1):57–62. Epub 2005/07/20.

47. Linde K., Alscher A., Friedrichs C., Joos S., Schneider A. Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland – eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. Forsch Komplementmed. 2014;21(2):111–8. Epub 2014/05/24.

48. Molassiotis A., Fernadez-Ortega P., Pud D., Ozden G., Scott JA., Panteli V., et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology. 2005;16(4):655–63. Epub 2005/02/09.

49. Eardley S BFL., Prescott P. Cardini F., Brinkhaus B., Santos-Rey K., Vas J., von Ammon K., Hegyi G., Dragan S., Uehleke B., Fønnebø V., Lewith G. A Systematic Literature Review of Complementary and Alternative Medicine Prevalence in EU. Final Report of CAMbrella Work Package 4. 2012. https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:292161/bdef:Content/get (hämtad 2019-01-18).

50. Jong M., Lundqvist V., Jong MC. A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, perception and knowledge about complementary and alternative medicine. Scandinavian journal of caring sciences. 2015;29(4):642–50. Epub 2015/01/28.

51. Bjerså K., Stener Victorin E., Fagevik Olsén M. Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. BMC complementary and alternative medicine. 2012;12:42. Epub 2012/04/14.

52. Novus-undersökning – Synen på komplementär vård – läkare och övrig vårdpersonal i Stockholms län utförd på uppdrag av Priority Group. 2018.

53. Skatteverket. Friskvårdsaktiviteter A–Ö. www.skatteverket.se/privat/skatter/arbeteochinkomst/formaner/personalvardmotionochfriskvard/friskvardsaktiviteterao.4.15532c7b1442f256baee714.html (hämtad 2019-02-21).

54. Skatteverket. Rättslig vägledning, Motion och annan friskvård. www4.skatteverket.se/rattsligvagledning/324011.html?pk_vid=eb78070269dccd4715507511120d3914 (hämtad 2019-02-21).

55. Arbetsmiljöverket. Företagshälsovården behövs för jobbet. www.av.se/globalassets/filer/publikationer/broschyrer/foretagshalsovarden-behovs-for-jobbet-broschyr-adi543.pdf (hämtad 2019-02-21).

56. Sveriges Företagshälsor. Företagshälsovård. www.foretagshalsor.se/foretagshalsovard (hämtad 2019-02-21).

57. Skatteverket. Rättslig vägledning, Hälso- och sjukvård. www4.skatteverket.se/rattsligvagledning/324000.html#h-Foretagshalsovard (hämtad 2019-02-21).

58. JärnaHälsan. https://jarnahalsan.se/ (hämtad 2019-02-21).

59. Sveriges Företagshälsor. Vetenskapligt råd. www.foretagshalsor.se/foretagshalsovard/vetenskapligt-rad (2019-02-21).

7 Internationella utblickar

- Regleringen av KAM skiljer sig mellan olika länder, men det finns också vissa likheter mellan de olika ländernas reglering av KAM.
- En genomgående likhet är att det i de flesta av utredningen studerade länder finns begränsningar för annan än legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att utöva KAM på vissa patientgrupper, t.ex. cancerpatienter.
- De nordiska grannländerna Danmark, Norge och Island har sedan mitten av 2000-talet en särskild lagstiftning inom KAM-området. I dessa tre länder finns en frivillig registerordning för KAM-utövare.
- Tillgången till KAM varierar mellan olika länder och KAM är i olika omfattning tillgängligt inom hälso- och sjukvården. Graden av offentlig finansiering skiljer sig också åt och likaså vad sjukvårdsförsäkringen täcker.
- I flera länder pågår det debatter och utredningar kring regleringen av KAM.

I detta kapitel beskrivs först regleringen av KAM i de nordiska länderna. Lagstiftningen i Danmark och Norge är av särskilt intresse för utredningens översyn av den svenska lagstiftningen, varför dessa beskrivs mer utförligt. Detta följs av korta beskrivningar av några övriga utvalda länder (Frankrike, Storbritannien, Tyskland och USA). Kapitlet innehåller även kort information om tillgången till KAM och finansiering av KAM samt om särskilda forsknings- och informationssatsningar. Kapitlet ska ses som en bakgrund till utredningens överväganden och är inte en heltäckande beskrivning av

lagstiftning och reglering på KAM-området. I ett avslutande avsnitt beskrivs kort två omfattande rapporter om regleringen av KAM i Europa och världen som utförts av CAMbrella respektive WHO. Utöver detta har WHO bl.a. utarbetat en strategi och riktlinjer för traditionell medicin åren 2014–2023. Även denna rapport beskrivs kort. Flera personer har kontaktat utredningen och lämnat förslag på modeller som används i andra länder. Bland annat har Brasilien, Italien, Portugal och Kuba lyfts som länder med intressanta modeller. Utredningen har dock begränsat sina beskrivningar av KAM i andra länder huvudsakligen till nordiska länder och mer översiktligt till regleringarna i Frankrike, Storbritannien, Tyskland och USA eftersom de representerar länder med principiellt skilda regleringar av KAM. Utredningen har i detta kapitel gjort flera översättningar av dokument från originalspråk. För originaltexter hänvisas till respektive referens.

7.1 Nordiska länder

Norge

Den 1 januari 2004 trädde lagen *lov om alternativ behandling av sykdom mv.* i kraft. Samma dag trädde även två föreskrifter i kraft, *forskrift om frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling* och *forskrift om marknadsføring av alternativ behandling av sjukdom.*

Fram till dess gällde i Norge i stor sett samma reglering som i Sverige, nämligen att alla fick behandla sjuka, men att denna rätt var begränsad på vissa sätt. De närmare bestämmelserna om detta fanns i *lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur*, även kallad *kvacksalverloven*. Denna lag upphävdes i samband med införandet av *lov om alternativ behandling av sykdom mv.*

Lag om alternativ behandling av sjukdom

Lagen (*lov om alternativ behandling av sykdom mv*.) gäller alla som utövar alternativa behandlingsmetoder enligt den i lagen angivna definitionen (1). Med alternativ behandling menas i lagen hälsorelaterad behandling som utövas utanför hälso- och sjukvården och som

inte utövas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Behandling som utövas i hälso- och sjukvården och omsorgen eller av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal omfattas likaså av begreppet alternativ behandling när man använder metoder som i allt väsentligt används utanför hälso- och sjukvården och omsorgen.

När alternativ behandling används i hälso- och sjukvården eller i omsorgen eller av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gäller dock samtidigt *helsepersonelloven*. I lagen anges även att bestämmelserna om tystnadsplikt i *helsepersonelloven* gäller i motsvarande mån, så långt det är lämpligt.

I lagen fastslås att medicinska ingrepp eller behandling som kan medföra allvarlig hälsorisk för patienter endast får utövas av hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare får behandling av sjukdomar som anses vara allmänfarligt smittsamma, och andra allvarliga sjukdomar och *lidelser*, endast utövas av hälso- och sjukvårdspersonal. Även annan personal får dock utöva behandling som uteslutande syftar till att lindra eller dämpa symtom eller konsekvenser av sjukdomen eller biverkningar av givna behandlingar eller vars syfte är att stärka kroppens immunförsvar eller självläkande. Det finns dessutom ytterligare möjligheter för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra behandlingar, nämligen om behandlingen sker i samarbete eller samförstånd med patientens läkare och om patienten är myndig. I sådana situationer gäller inte begränsningarna om vilka som får behandla allvarliga sjukdomar. Detsamma gäller om hälso- och sjukvården inte har botande eller lindrande behandling att erbjuda patienten. Bestämmelserna innebär således att vissa behandlingar principiellt sett är förbehållna hälso- och sjukvårdspersonal, på samma sätt som i Sverige (motsvarigheten till 5 kap. i den svenska patientsäkerhetslagen), med skillnaden att även andra än hälso- och sjukvårdspersonal i Norge har rätt att, under vissa förutsättningar, utöva behandlingar inom det område där det annars kan vara förbjudet.

I lagen finns också bestämmelser om skydd av titel och om marknadsföring. Endast den som är registrerad som utövare av alternativ behandling i register som utfärdats med stöd av lagen får nyttja beteckningen ”registrerad” i anknytning till sin yrkesbeteckning. Vidare anges i lagen att ingen oriktigt får använda titlar eller marknadsföra verksamhet på ett sådant sätt att det kan ge intryck av att vederbörande har legitimation, licens eller specialistgodkännande

enligt *helsepersonelloven* eller är registrerad utövare av alternativ behandling.

Till detta kommer att den som erbjuder alternativ behandling i sin marknadsföring endast får ge en objektiv och saklig beskrivning av verksamheten. I en särskild föreskrift finns ytterligare bestämmelser om marknadsföring, se nedan. Lagen innehåller avslutningsvis straffbestämmelser. Dessa innebär att den som uppsåtligen eller av grov oaktsamhet överträder eller medverkar till sådan överträdelse av bestämmelse i lagen eller som utfärdats med stöd av en bestämmelse, straffas med böter eller fängelse i högst tre månader. Vid allvarligare överträdelse kan personen dömas till upp till två års fängelse.

Föreskrift om frivilligt register för utövare av alternativ behandling

I inledningen till föreskriften (*forskrift om frivillig registerordning för utøvare av alternativ behandling*) anges att ändamålet med registerordningen är att den ska bidra till ökad patientsäkerhet och förstärkta konsumenträttigheter för den som uppsöker en registrerad alternativ behandlare samt bidra till seriositet och verksamhetsmässigt ordnade förhållanden bland utövare av alternativ behandling (2).

Registret administreras av en myndighet, *Brønnøysundsregistrene*. Denna myndighet upprättar och är ansvarig för driften av det register där utövare av alternativ behandling kan registrera sig. För att få bli registrerad måste utövaren först och främst vara medlem i en utövarorganisation, som ska vara godkänd av *Helsedirektoratet* enligt närmare angivna villkor. Därutöver måste utövaren uppfylla vissa ytterligare villkor.

I föreskriften finns närmare angivet under vilka förutsättningar en utövarorganisation kan godkännas att ingå i registerordningen. Enligt bestämmelsen kan organisationen godkännas om den har

1. regler som ställer krav på kvalifikationer på den som vill bli medlem,
2. regler som slår fast yrkesetiska regler som medlemmarna är skyldiga att följa i sin yrkesutövning,

3. regler om att medlemmarna måste förplikta sig att driva försvarlig verksamhet,
4. stadgar om att medlemmarna ska förplikta sig att ge nödvändig information till patienten,
5. stadgar om att medlemmarna ska förplikta sig att behandla hälso- och personupplysningar på ett försvarligt sätt,
6. stadgar om klagorätt för patienter över medlemmarnas yrkesmässiga utförande och att klagomålen ska behandlas av ett yrkesetiskt råd eller av ett särskilt inrättat klagoorgan,
7. stadgar som ger möjlighet att utesluta medlemmar på närmare fastställda villkor,
8. minst 30 medlemmar, och
9. låtit sig registreras i Enhetsregistret.

Följande förutsättningar måste vara uppfyllda för att *Brønnøysundsregistrene* ska registrera utövare av alternativ behandling:

1. utövaren är medlem av organisation som är godkänd av *Helsedirektoratet*
2. utövaren är registrerad i det s.k. *Enhetsregistret*, antingen direkt såsom näringsidkare eller indirekt såsom delägare/medlem i en organisation som är registrerad i *Enhetsregistret* eller anställd hos en arbetsgivare som är registrerad
3. utövaren är försäkrad
4. utövaren har inkommit med personuppgifter samt uppgifter om den verksamhet där den alternativa behandlingen utövas
5. utövaren har uppgett den titel eller behandlingsform som han eller hon önskar registreras under.

En godkänd utövarorganisation är skyldig att snarast meddela *Brønnøysundsregistrene* om en registrerad medlem inte längre uppfyller kraven för att vara registrerad. Den som registreras som utövare är bl.a. skyldig att betala en årlig avgift om denne önskar kvarstå i registret samt årligen skicka in dokumentation som visar att utövaren har en giltig försäkring. Om utövaren inte längre uppfyller

villkoren för registrering utesluts denne från registret. *Brønnøysundsregistrene* kan också – efter begäran från *Helsedirektoratet* och om särskilda skäl föreligger – utesluta en registrerad utövare även om villkoren för registrering är uppfyllda. Innan beslut om uteslutning fattas ska synpunkter från den registrerade inhämtas.

Avslutningsvis innehåller föreskriften bestämmelser om vad registret ska innehålla. Det ska innehålla följande uppgifter:

1. den registrerade utövarens namn, adress och identitetsnummer (födelsenummer eller D-nummer)
2. när utövaren registreras första gången
3. vilken verksamhet den registrerade utövar sin verksamhet igenom, angivet med organisationsnummer, namn och adress
4. organisationsnummer, namn och adress på godkänd utövarorganisation som har medlemmar registrerade i utövarregistret
5. den registrerade utövarens titel eller den behandlingsform vederbörande utövar, samt organisationsnummer, namn och adress på godkänd utövarorganisation som utövaren är medlem i.

Uppgifterna i registret är med något undantag offentliga.

I anslutning till föreskriften finns omfattande anmärkningar till föreskriften. Exempelvis anges där att uttrycket hälsorelaterad behandling används för att göra en avgränsning mot tjänster som i huvudsak rör välbefinnande, skönhetsvård samt personlig utveckling och liknande.

Där anges också att även om registerordningen inte innebär någon offentlig bedömning eller något godkännande av yrkesmässig art av den enskilde behandlaren eller behandlingsformen, kommer systemet att innehålla element som både ger verksamhetsmässig seriositet och som bidrar till att det ställs vissa yrkesmässiga och yrkesetiska krav. Detta anges kunna bidra till ökad seriositet hos utövarna och därmed kunna bidra till ökad patientsäkerhet.

Föreskrift om marknadsföring av alternativ behandling av sjukdom

I korthet innebär föreskriften (*forskrift om marknadsføring av alternativ behandling av sjukdom*) att den som tillhandahåller alternativ behandling endast får ge balanserad och saklig beskrivning av verksamheten i sin marknadsföring (3). Det är inte tillåtet att göra anspråk på att en behandlingsform har effekt mot specifika sjukdomar eller *lidelser* eller på annat sätt utforma marknadsföringen för att ge detta intryck. Den som erbjuder alternativ behandling får inte heller marknadsföra behandlingsformer eller behandling av sjukdomar eller *lidelser* som de inte får utöva eller behandla enligt *lov om alternativ behandling av sykdom mv.*

Föreskriften gäller reklam och marknadsföring av alla slag och gäller samtliga media. Marknadsföringen ska bl.a. värderas utifrån det omedelbara intrycket som marknadsföringen skapar hos den vanliga konsumenten. *Forbrukertilsynet* och *Markedsrådet* utövar tillsyn av marknadsföringen.

Tillgång till KAM

Majoriteten av KAM-behandlingarna i Norge utförs utanför hälso- och sjukvården och bekostas direkt av patienterna (4). I konstrast till detta ersätts KAM-behandlingar, såsom akupunktur, inom hälso- och sjukvården helt eller delvis av det offentliga (5). KAM-behandlingar inom slutenvården ersätts helt, medan övriga behandlingar normalt innehåller ett inslag av egenavgift.

Alternativa behandlare har rätt till momsbefrielse om de är registrerade som alternativa behandlare av *Brønnøysundsregistrene* och är medlemmar i en organisation som av *Helsedirektoratet* är godkänd för att ingå i registret (6).

I Norge är kiropraktor ett legitimationsyrke.

Forskning

Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) är etablerat och finansierat av de norska hälsomyndigheterna (7). Centret ligger organisatoriskt under avdelningen för

folkhälsa vid Universitetet i Tromsö – Norges arktiska universitet. Den statliga finansieringen uppgick år 2018 till 14 norska miljoner kronor (detta inkluderar även centrumets informationsverksamhet, se nedan) (8).

NAFKAM har ett nationellt ansvar för forskning samt, stimulering, spridning och samordning av annan KAM-forskning i Norge (9). NAFKAM är också inblandat i många internationella projekt och är ett samverkanscenter till WHO inom traditionell, komplementär och integrativ medicin.

NAFKAM bedriver forskning om säkerhet och effekt av KAM, vad det innebär att gå till alternativa behandlare, hur patienterna upplever mötet med terapeuter och sin egen hälsa, mekanismerna bakom manuella terapier och om användningen av alternativ behandling vid allvarlig sjukdom. NAFKAM gör också systematiska litteraturöversikter.

NAFKAM har publicerat en forskningsmodell på området (10). Modellen anger fem nivåer och enligt modellen bör alla nivåer täckas i studier som rör KAM. De fem nivåerna är:

1. forskning om sammanhang, paradigm, filosofisk förståelse och användning
2. forskning om säkerheten vid behandlingen
3. forskning om effekt av ”behandlingspaket” (där man inte kan identifiera exakt vilka komponenter i ett terapikoncept som bidrar till en effekt, se även avsnitt 14.4)
4. forskning om effekten av delkomponenterna i behandlingspaketet
5. forskning om biologiska mekanismer.

Informationsinsatser

De norska hälsomyndigheterna finansierar även en offentlig informationstjänst, som också tar emot och svarar på frågor om KAM (11). Det nationella forskningscentret NAFKAM har ansvarat för detta sedan 2005.

Syftet med verksamheten är att stärka patientsäkerheten och bidra till kunskapsbaserade val när befolkningen överväger att använda och/eller använder hälsovårdstjänster utanför den offentligt

finansierade hälso- och sjukvården. Informationen är riktad mot patienter/anhöriga, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, den offentligt finansierade hälso- och sjukvården samt press/media och ska varken hämma eller främja befolkningens användning av sådan behandling, se vidare avsnitt 8.4.

Danmark

Inledning

Den nuvarande lagstiftningen som reglerar KAM i Danmark är från år 2004. Lagstiftningen har ändrats något därefter, bl.a. för att tillåta manipulationsbehandling av ryggraden även utförd av vissa alternativa behandlare. Till skillnad från i Norge regleras i den lagen enbart frivillig registrering av alternativa behandlare. Registreringen är frivillig, vilket innebär att de behandlare som inte uppfyller kraven, eller som inte önskar att omfattas av registret ändå, kan utöva alternativ behandling i enlighet med gällande bestämmelser.

På samma sätt som i Sverige får icke-legitimerade behandla sjuka i Danmark, men viss verksamhet är förbehållen personal inom hälso- och sjukvården. Närmare bestämmelser om detta finns bl.a. i *autorisationsloven* (12). I korthet innebär bestämmelserna att en person som inte är hälso- och sjukvårdspersonal inte får

1. utsätta någon för påvisbar fara vid behandling,
2. behandla smittsamma sjukdomar,
3. utföra operativa ingrepp (behandling med nålakupunktur omfattas dock inte),
4. ge allmän bedövning eller lokalbedövning,
5. utöva förlossningshjälp,
6. använda receptbelagda läkemedel i sin verksamhet,
7. använda röntgen- eller strålbehandling eller behandlingsmetoder med vissa elektriska apparater, där Patientsäkerhetsstyrelsen (*Styrelsen for Patientsikkerhed*) har infört ett förbud mot behandlingen för obehöriga.

Lag om branschadministrerat register för alternativa behandlare

I inledningen av lagen (*lov om en branscheadminestreret registreringsordning for alternative behandlere*) anges att en frivillig branschadministrerad registerordning införs för att stärka brukarnas säkerhet vid användande av alternativ behandling och för att tillåta registrerade alternativa behandlare att utöva manipulation av ryggraden (13, 14). Lagen gäller registrerade alternativa behandlare och legitimerad vårdpersonal som också är registrerade alternativa behandlare enligt lagen. Lagen innebär att endast alternativa behandlare som är medlem i en godkänd förening, med föreningens tillåtelse kan använda sig av titeln registrerad alternativ behandlare (*registreret alternativ behandler* [RAB]). Den som oriktigt använder denna titel eller framställer sig som sådan straffas med böter.

I den danska lagen definieras en alternativ behandlare som en person som utövar hälsomässig verksamhet utanför den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och som inte omfattas av Patientsäkerhetsstyrelsens tillsyn för verksamheten, vilket personer inom hälso- och sjukvården står under.

Registerordningen omfattar endast utövare av *sundhedsmæssig virksomhed*. Med sådan verksamhet avses undersökning, diagnostisering, behandling, förebyggande behandling m.m. av sjukdom rörande den enskilde användaren. Lagen omfattar inte dem som uteslutande utövar verksamhet som rör livsfilosofier, skönhetsbehandlingar, personligt välbefinnande, personlig utveckling m.m.

Enligt lagen är en förening ”en organisation, vars medlemmar är alternativa behandlare inom ett särskilt fackområde”. Efter en bedömning, kan dock även föreningar som organiserar medlemmar som utför verksamhet inom olika behandlingsformer godkännas. Efter bemyndigande från *Sundheds- og Ældreministeriet* kan Patientsäkerhetsstyrelsen efter ansökan godkänna föreningar, som kan registrera alternativa behandlare. Föreningen måste dock uppfylla följande villkor för att bli godkänd:

1. Föreningens väsentligaste uppgift ska vara att representera alternativa behandlare i yrkesmässiga frågor.
2. Föreningen ska ha ett icke oväsentligt antal alternativa behandlare som medlemmar.
3. Föreningen ska ha ett regelverk för god klinisk praxis.

4. Föreningen ska vara väletablerad och uppbyggd i en erkänd föreningsform med stadgar. Stadgarna ska innehålla bestämmelser, som säkrar att föreningen är demokratisk i sin uppbyggnad och funktion. Vidare ska stadgarna innehålla bestämmelser om förutsättningar för medlemskap samt om och när uteslutning kan ske.
5. Föreningen ska ha ett klagoorgan, vars sammansättning och sakbehandling är betryggande för parterna. Klagoorganet ska kunna behandla klagomål från användare av alternativ behandling över den behandling de har fått av föreningens medlemmar, samt klagomål från alternativa behandlare över nekat medlemskap i föreningen. Vidare ska klagoorganet behandla klagomål över uteslutning ur föreningen eller återkallelse av rätten att använda titeln registrerad alternativ behandlare. Klagoorganet ska kunna sanktionera överträdelser av föreningens regler.
6. Föreningen ska ge allmänheten tillgång till upplysningar om vilka av föreningens medlemmar som fått tillåtelse att använda titeln registrerad alternativ behandlare, om regelverket för god klinisk praxis, samt om de basala utbildningskrav föreningen ställer på de medlemmar som föreningen ger tillåtelse att använda titeln registrerad alternativ behandlare.
7. Föreningen ska vidare ställa basala utbildningskrav på de medlemmar som föreningen ger tillåtelse att använda titeln registrerad alternativ behandlare.

Tillämpningsföreskrifter till lagen om branschadministrerat register för alternativa behandlare

I föreskriften *bekendtgørelse om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlare* (15) ges mer detaljerad information kring bestämmelserna, bl.a. att en förening ska ha minst 30 alternativa behandlare som medlemmar som uppfyller villkoren för att bli registrerade alternativa behandlare för att föreningen ska bli godkänd och att förening anses vara väletablerad om den har funnits i minst två år. Undantag kan dock göras efter en bedömning i det enskilda fallet.

I föreskriften anges också att föreningarnas regelverk för god klinisk praxis minst ska innehålla bestämmelser om att medlemmarna

1. måste utöva försiktighet och samvetsgrannhet i sin yrkesverksamhet, inklusive att använda sig av medel och metoder som är försvarliga och vilka de är kvalificerade att använda,
2. ska rekommendera en användare att söka läkarvård, där detta kan anses som indicerat,
3. inte råda till att upphöra med ordinerad läkemedelsbehandling och inte använda metoder som är förbehållna hälso- och sjukvårdspersonal,
4. ska fortsätta behålla och uppdatera sin professionella kunskap
5. ska ge användarna saklig och korrekt information om behandlingen och de förväntningar som de kan ha och om de möjliga riskerna med metoden,
6. ska hålla journaler över sina behandlingar av den enskilda användaren, inklusive indikation och information som tillhandahålls,
7. ska ha tystnadsplikt med avseende på information om privat och annan konfidentiell information som de får från användarna genom sin yrkesverksamhet.

Vidare specificeras de utbildningskrav som föreningarna ska ställa på medlemmar som föreningen ger tillåtelse att använda titeln registrerad alternativ behandlare.

De grundläggande utbildningskraven förutsätts vara en hälso- och sjukvårdsinriktad utbildning, som består av sammanlagt minst 660 undervisningslektioner (minimum 45 minuter) eller timmar. Vidare förutsätts utbildningen omfatta minst 250 undervisningslektioner eller timmar i den primära behandlingsformen. Internetbaserad undervisning kan ingå som en mindre del av undervisningen. Utbildningen måste bestå av både teori och praktik.

Utbildningen måste dessutom innehålla grundläggande utbildning i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, klinikvägledning/klientbehandling, psykologi och introduktion till andra alternativa metoder. Föreningen ska kräva slutliga examinationer. Detta gäller även i grundläggande anatomi, fysiologi och patologi. Föreningen ska också ställa krav på examinationerna för att säkerställa att sökanden har den nödvändiga

professionella insikten och förståelsen. Föreningen ska vidare se till att sökandens utbildning är aktuell. För registrerade alternativa behandlare som utför manipulationsbehandling i ryggraden finns ytterligare krav.

I föreskriften anges också vilka krav som ställs på de alternativa behandlarna för att de ska få registreras och få rätt att använda titeln registrerad alternativ behandlare. Den alternativa behandlaren ska vara medlem av en förening som är godkänd till att registrera alternativa behandlare inom det aktuella området (behandlingsmetoden) och uppfylla kraven krav på utbildning. En alternativ behandlare får endast använda titeln registrerad alternativ behandlare för det område (den metod) som registreringen omfattar. Registrering och därmed beviljandet av tillstånd att använda titeln registrerad alternativ behandlare förvaltas av den aktuella föreningen. Föreningen ansvarar för att registreringsvillkoren är uppfyllda vid registrering och för att avregistrera en medlem om personen inte längre uppfyller villkoren.

Patientsäkerhetsstyrelsen offentliggör på sin hemsida vilka föreningar som godkänts att registrera alternativa behandlare. De godkända föreningarna ska i sin tur ge allmänheten tillgång till uppgifter om vilka av föreningens medlemmar som har registrerats och som därmed har rätt att använda titeln registrerad alternativ behandlare. Föreningen ska vidare lämna upplysningar om proceduren för registrering, föreningens regelverk för god klinisk praxis, de utbildningskrav som föreningen ställer på de medlemmar som föreningen registrerar samt klagoproceduren till föreningens klagoorgan.

Patientsäkerhetsstyrelsens råd om alternativ behandling

I Danmark finns ett statligt forum för dialog och brobyggande: *Styrelsen for Patientsikkerheds Råd vedrørende Alternativ Behandling* (SRAB). Rådet ska bistå Patientsäkerhetsstyrelsen vid rådgivning med andra styrelser, departement, institutioner, alternativa branschorganisationer etc. Rådet ska också vara en inspiratör för att initiera brobyggnadsprojekt mellan hälso- och sjukvården och alternativa behandlare, bidra till att sprida kunskap om det alternativa området till hälso- och sjukvården och den offentliga sektorn samt diskutera integrationen av alternativ behandling i hälso- och sjukvården (16). Rådet består av representanter från myndigheter, departement,

patientföreträdare, företrädare för organisationerna som är godkända av Patientsäkerhetsstyrelsen att utfärda titeln registrerad alternativ behandlare, läkarföreningen och sjuksköterskeföreningen m.fl.

På SRAB:s hemsida tillhandahålls offentlig information om KAM (17), för mer information se avsnitt 8.4. Patientsäkerhetsstyrelsen har ett pågående arbete för att revidera den del av webbplatsen som behandlar KAM, detta för att den ska återspegla deras uppgifter inom området och inte ska förväxlas med en webbplats för ett kunskapscenter. SRAB har tilldelats medel till forskning som är avsedda att användas till brobyggnadsprojekt mellan hälso- och sjukvården och KAM. Medlen tilldelas projekt efter ansökan. År 2018 avsattes 4 miljoner danska kronor.

Tillgång till KAM

I Danmark subventioneras inte KAM-behandlingar generellt, utan KAM-användaren får själv betala för tjänsten. Vissa KAM-metoder, främst akupunktur, kan även tillhandahållas inom hälso- och sjukvården och ersätts då (18).

Det finns möjlighet att få momsbefrielse för KAM-utövare. För att få rätt till momsbefrielsen måste tjänsten karakteriseras som en behandling och utövaren måste uppfylla vissa utbildningskrav (19). Det är endast behandlingar som syftar till att förebygga, diagnostisera, behandla och bota sjukdomar som kan bli föremål för momsbefrielse. Tjänsterna ska alltså ha ett terapeutiskt syfte. Exempelvis kan inte skönhetsbehandlingar och behandling för personlig utveckling samt personligt välmående bli momsbefriade.

När det gäller utbildningskraven så måste utbildningen omfatta minst 660 lektioner, se även avsnittet om tillämpningsföreskrifter ovan. För de KAM-utövare som är verksamma inom det psykoterapeutiska området finns samma krav på minst 660 lektioner, men här specificeras inte utbildningens innehåll mer än att det ska finnas krav på teoretisk utbildning på det psykoterapeutiska området och egenterapi samt handledning.

I Danmark är kiropraktor och osteopat legitimationsyrken.

Island

Lag om alternativa behandlare

I maj 2005 trädde en lag om alternativa behandlare (*Lög um græðara*) i kraft på Island.

Lagens syfte är att bidra till ökad kvalitet på alternativa behandlingar och ökad säkerhet för dem som söker sådan behandling (20). I lagen anges att detta ska uppnås bl.a. genom inrättande av ett frivilligt register för alternativa behandlare. Lagen är tillämplig både på registrerade alternativa behandlare och sådana som inte har registrerat sig.

I lagen definieras alternativa behandlare som personer som erbjuder hälsorelaterade tjänster utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Hälsorelaterade tjänster anges vara sådana som i allmänhet erbjuds utanför den etablerade hälso- och sjukvården och baseras mer på tradition och erfarenhet än på empiriska vetenskapliga resultat. De omfattar behandlingar bl.a. behandlingar för att få en bättre hälsa, smärtlindring, minska obehag och främja läkning.

Lagen innehåller följande bestämmelser kring restriktioner för alternativa behandlare:

1. Behandling av allvarlig sjukdom får endast tillhandahållas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detta gäller inte om patienten först konsulterat en läkare och därefter efterfrågar behandling hos en alternativ behandlare. I en sådan situation ska KAM-utövaren försäkra sig om att en sådan konsultation har skett.

2. KAM-utövare får inte genomföra operationer eller tillhandahålla behandling som innebär en allvarlig risk för patienters hälsa.

3. KAM-utövare får heller inte behandla sjukdomar som omfattas av bestämmelserna i lagen om smittsamma sjukdomar och som medför en risk för allmänheten.

4. Alternativa behandlare får inte råda personer att avsluta läkemedelsbehandling eller annan behandling som har initierats av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

5. Om den alternativa behandlaren upptäcker att en klient har problem som ligger utanför den alternativa behandlarens yrkesområde eller att behandlingen inte gett avsedd effekt, är den alternativa behandlaren skyldig att hänvisa sin klient till sjukvården.

I lagen om alternativa behandlare finns krav på att alternativa behandlare har ansvarsförsäkring. Vidare finns det bestämmelser om sekretess, informationshantering och marknadsföring.

I lagen beskrivs ett frivilligt register för alternativa behandlare som senare har inrättats. Registret administreras av Föreningen för isländska alternativbehandlare. Registret är tillgängligt för allmänheten och gör det möjligt att se vilka alternativa behandlare som är registrerade och inom vilket område. För registrering krävs medlemskap i en godkänd förening, eller att man uppfyller kraven för medlemskap, och att man har ansvarsförsäkring. Den som inte längre uppfyller kraven för registrering ska avregistreras. Endast personer som är registrerade i registret för alternativa behandlare får använda sig av titeln registrerad tillsammans med sin specialitet. Det är ministern för hälsovård och social trygghet som tillåter anslutningen av branschorganisationer till registret för alternativa behandlare. En förordning innehåller den närmare regleringen av den frivilliga registerordningen, se mer nedan.

I lagen om alternativa behandlare finns också bestämmelser om straffsanktioner för den som bryter mot denna lagstiftning.

Förordning om frivillig registrering av alternativa behandlare

Enligt förordningen är avsikten med registret att främja säkerheten för dem som söker eller använder alternativa behandlares hälsorelaterade tjänster och att säkerställa kvaliteten på tjänsterna så långt som möjligt (21).

För att ministern för hälsovård och social trygghet ska tillåta anslutning av en branschorganisation till registret för alternativa behandlare krävs att föreningen har antagit resolutioner om

1. utbildning och yrkesmässiga kriterier för personer som ansöker om att bli medlemmar,
2. en etisk kod som medlemmarna måste följa i sitt arbete,
3. att medlemmarna åtar sig att bedriva sin verksamhet på ett ansvarsfullt sätt,
4. att medlemmar åtar sig att ge kunderna all nödvändig information om sina aktiviteter,

5. att medlemmarna förbinder sig att upprätthålla sekretess avseende all information om kunden och hans/hennes hälsa,
6. att bolagsordningen för yrkesorganisationen innehåller bestämmelser om registrering av uppgifter om hälsorelaterade tjänster till privatpersoner,
7. att kunden är tillförsäkrad en rätt att framföra klagomål när det gäller medlemmarnas professionella arbete, vilka ska behandlas av den etiska kommittén inom yrkesorganisationen eller av ett särskilt klagoorgan,
8. att medlemmarna kan uteslutas ur föreningen i överensstämmelse med fastställda regler,
9. att föreningen är registrerad med ett identitetsnummer.

I förordningen anges också vilka krav som ställs på de alternativa behandlarna för att de ska få registreras. På Island kan det vara möjligt för alternativa behandlare att registrera sig utan att nödvändigtvis vara medlem i en yrkesorganisation. I sådana fall måste den alternativa behandlaren uppfylla de krav som ställs på utbildning i den yrkesorganisation som han eller hon skulle ha tillhört. Alternativt den yrkesorganisation vars utbildningsstandard ligger närmst i det fall det inte skulle finnas någon inom det aktuella området.

Föreningen för isländska alternativbehandlare registrerar de behandlare som uppfyller följande krav:

1. Behandlaren har slutfört studier som motsvarar minst sex poäng i anatomi och fysiologi, fem poäng i patologi och två poäng i etik och hälsolagstiftning. Detta avser poäng från motsvarande gymnasienivå. Behandlaren måste också ha genomgått praktisk utbildning under ledning av en erkänd instruktör i enlighet med de normer yrkesorganisationen ställer upp för sitt arbetsområde.
2. a. En skriftlig bekräftelse har lämnats in om att behandlaren är fullvärdig medlem i en branschorganisation som har erkänt bestämmelserna i förordningen och att föreningen rekommenderar att han/hon registreras, eller

   b. en skriftlig bekräftelse har lämnats in om att han/hon har samtyckt till att följa de resolutioner som föreskrivs för föreningar (se punkterna 1–7 ovan), direktören för hälsa och Föreningen för

isländska alternativbehandlare rekommenderar registrering samt att personen i fråga har undertecknat en förklaring om att han/hon underställer sig övervakning av direktören för hälsa och Föreningen för isländska alternativbehandlare.

3. Behandlaren i fråga har lämnat en bekräftelse på att han/hon innehar en giltig ansvarsförsäkring.
4. Behandlaren har lämnat uppgifter om personnummer, namn, adress och plats för verksamheten.
5. Behandlaren har angett inom vilket arbetsområde(n) för vilket han eller hon begär att få bli registrerad.

Ett avslag på ansökan kan överklagas till Hälso- och socialförsäkringsdepartementet.

Registrerade alternativa behandlare måste årligen bekräfta att de har en gällande ansvarsförsäkring.

Tillgång till KAM

På Island får användaren själv betala för KAM-behandlingar utanför hälso- och sjukvården. Men om exempelvis en fysioterapeut använder akupunktur som en del av en behandling inom hälso- och sjukvården ersätts detta (22). Det finns också exempel på att utövare inom reglerade yrken kontrakteras av hälso- och sjukvården och att kostnaden för konsultationen då ersätts (5). Exempel på sådana yrken är kiropraktor, massör och osteopat.

Finland

Reglering

Regleringen av KAM i Finland är av allmän karaktär och mer indirekt. Förbud att utöva viss verksamhet inom hälso- och sjukvården regleras inte särskilt, utan regleras i stället av reglerna om hälso- och sjukvårdspersonal som finns i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (23). Vissa yrken är legitimationsyrken, medan andra har en skyddad yrkesbeteckning. Legitimationsyrken får endast utövas av legitimerade yrkesutbildade personer. Även andra

personer kan verka i samma yrke som personer med skyddad yrkesbeteckning om de har tillräcklig utbildning, erfarenhet och yrkesskicklighet. De har dock inte rätt att använda skyddad yrkesbeteckning. Den som utan att ha rätt till det är verksam som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kan dömas till fängelse i högst sex månader.

KAM kan tillhandahållas av både yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och av personer som är verksamma utanför området. Det tillhör god yrkessed att hälso- och sjukvårdspersonal som tillhandahåller KAM förklarar för den vårdsökande att metoden inte är i enlighet med dennes yrkesutbildning. I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvårdsområdet anges dock att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i sin yrkesutövning ska tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning, som denne hela tiden ska försöka komplettera. I Hälso- och sjukvårdslagen framgår det vidare att ”Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivas på behörigt sätt” (24).

Konsumentskyddslagstiftningen gäller KAM på samma sätt som andra tjänster. Konsumentsäkerhetslagen stadgar att produkter ska vara säkra och inte farliga, och konsumentskyddslagen förbjuder t.ex. vilseledande marknadsföring (25, 26). Skadestånds- eller strafflagstiftning kan också tillämpas från fall till fall (27).

Det har under många år pågått en debatt i Finland om den begränsade regleringen av KAM med patientsäkerhet i fokus. Behovet av lagstiftning som gäller alternativa behandlingar utreddes senast år 2009. Utredningen kom med förslag till ny lagstiftning, men inga av förslagen har tagits vidare. I oktober 2018 meddelades att Social- och hälsovårdsministeriet inleder beredning av lagstiftning som gäller alternativa behandlingar för nästa regeringsperiod.

Tillgång till KAM

KAM-behandling som utövas utanför hälso- och sjukvården betalas normalt av användaren själv i Finland. KAM-behandling som ges inom hälso- och sjukvården av läkare ersätts däremot (5). Även kiropraktik, naprapati och osteopati ersätts om behandlingen ges i

samverkan med läkare. Privata försäkringar kan också täcka en del KAM-behandlingar.

I Finland är kiropraktor, naprapat, osteopat och utbildad massör skyddade yrkesbeteckningar (28).

7.2 Exempel på övriga länder

Tyskland

I Tyskland finns det sedan 1939 en lag som reglerar professionellt utövande av medicin av annan än läkare (*Heilpraktikergesetz*) (29). Med medicin avses i lagen yrkesmässig eller kommersiell aktivitet för att diagnostisera, bota eller lindra sjukdom, lidande eller kroppsskada hos människor, även om det utövas i andras tjänst.

Enligt genomförandeförordningen (30) beviljas inte tillståndet som *Heilpraktiker*

1. om sökanden inte har fyllt 26 år,
2. om han/hon inte har tyskt medborgarskap,
3. om han/hon inte avslutat minst grundskolan,
4. om det visas att han/hon saknar moralisk tillförlitlighet, särskilt om den sökande har begått svåra kriminella eller moraliska brott,
5. om han/hon på grund av sin hälsa är oförmögen att utöva KAM,
6. om det kan antas med säkerhet att han/hon ska utöva medicin utöver ett annat yrke,
7. om en granskning av sökandens kunskaper och färdigheter av hälsoministeriet visar att personens utövande av medicin skulle innebära en fara för befolkningens hälsa eller för enskilda patienter.

Det finns bestämmelser om att endast läkare får behandla könssjukdomar, behandla smittsamma sjukdomar, tillhandahålla vissa mediciner, tillhandahålla anestetika och narkotika, utöva obstetrik och gynekologi, ta röntgenbilder, utföra obduktioner och utfärda dödsintyg (31).

Den sista punkten ovan granskas genom en examination i basal medicinsk kunskap som respektive delstat ansvarar för. Det finns däremot inga krav på att den sökande ska ha utbildning i medicin

eller inom KAM. Det har riktats kritik mot testens utformning och mot att *Heilpraktiker* har så stora befogenheter. Detta har nu lett till att det tyska hälsoministeriet gör en översyn av regleringen (32).

I Tyskland har många läkare vidarespecialisering inom homeopati, naturopatisk medicin och akupunktur. Enligt uppgift från tyska läkarförbundet var det i slutet av år 2016 cirka 33 000 vidarespecialiseringar i dessa områden bland cirka 380 000 praktiserande läkare i Tyskland (33). Specialisering i dessa områden är vanligast bland allmänläkare som har egna mottagningar. Vidareutbildningen sker vanligtvis parallellt med arbete efter ordinarie specialisering. Det finns även vidareutbildning för läkare inom manuell medicin/kiropraktik. Massör (*Masseur – nicht-medizinischer Bademeister/in*) är ett reglerat yrke i Tyskland (5).

Till de rättsligt erkända alternativa terapiriktningarna i Tyskland hör enligt praxis från den federala socialdomstolen framför allt homeopatin, den antroposofiska medicinen och fytoterapi (34). Lagstiftningens krav att säkra en mångfald av terapeutiska inriktningar måste beaktas av såväl tyska hälsoministeriet och tillsynsmyndigheterna som av de offentliga sjukkassorna och deras förbund.

Enligt utredningens intervjuer praktiseras KAM inom hälso- och sjukvården i huvudsak i öppenvården. Omkring 90 procent av den tyska befolkningen är försäkrade i den obligatoriska lagstadgade sjukvårdsförsäkringen, *Gesetzliche Krankenversicherung*. Det är *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA) som beslutar vad som ska ingå i det lagstadgade grundskyddet. KAM är i huvudsak exkluderat från den lagstadgade sjukvårdsförsäkringen. Akupunktur är dock ett undantag där G-BA beviljat subvention vid behandling av kronisk knäsmärta och nedre ryggsmärta (35). För att behandlingen ska subventioneras måste den dock ges av en läkare som är vidareutbildad inom akupunktur m.m. Homeopatiska tjänster ersätts dessutom av cirka 75 procent av sjukvårdsförsäkringsbolagen som en del av lagstadgade förmåner, i regel med en övre gräns för ersättningarna (34). En del av sjukvårdsförsäkringsbolagen har valt att profilera sig mot KAM och täcker även homeopati, osteopati och akupunktur mer generellt. Detta gäller även privata sjukvårdsförsäkringar och tilläggsförsäkringar.

Även om det förekommer, förefaller KAM mer ovanligt inom slutenvården. Exempelvis har utredningen besökt *Gemeinschafts-*

krankenhaus Havelhöhe, ett akutsjukhus med antroposofisk inriktning utanför Berlin och *Immanuel Krankenhaus Berlin* inriktat på naturopatisk medicin. På båda dessa sjukhus ges KAM som komplement till konventionell medicin, till stor del av legitimerad sjukhuspersonal och även KAM-terapeuter. Inom slutenvården där ersättning per diagnoskod sker kan vissa KAM-metoder täckas av sjukvårdsförsäkringen.

Storbritannien

I Storbritannien kan vem som helst erbjuda medicinsk rådgivning och behandla en sjuk person även utan utbildning, såvida användaren ger informerat samtycke (36). Utövaren får dock inte använda skyddade yrkestitlar eller förskriva receptbelagda läkemedel. Det finns också några sjukdomar och medicinska tillstånd som är förbjudna att påstå sig bota eller behandla för icke-kvalificerad sjukvårdspersonal: cancer, diabetes, epilepsi, glaukom, tuberkulos, könssjukdomar samt att genomföra vissa medicinska åtgärder såsom abort (31). Det finns även bestämmelser i arbetsmiljölagen att arbetsgivare och egenanställda är skyldiga att säkerställa hälsa och säkerhet för personer som behandlas i utförarens lokaler (36).

I Storbritannien är osteopat och kiropraktor reglerade yrken. Regleringen sker genom *General Osteopathic Council* respektive *General Chiropractic Council*, som lyder under statliga regelverk. Statlig reglering har tidigare föreslagits även för akupunktörer och utövare som använder örtmediciner (*herbal medicines*). Inom de flesta KAM-metoderna/systemen finns yrkesorganisationer för frivillig registrering med regler och etiska riktlinjer m.m. Några KAM-organisationer är ackrediterade register för *Professional Standards Authority for Health and Social Care* (PSA). PSA är en myndighet som övervakar de organisationer som reglerar legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården (37). PSA verkar även för att höja standarden hos yrken som inte är statligt reglerade. Organisationer som för register och som uppfyller vissa krav kan ackrediteras av PSA.

Vanligtvis söker sig användarna själva till KAM, men läkare kan också remittera patienter (38). KAM tillhandahålls mestadels av oberoende KAM-utövare inom den privata sektorn. Det finns dock

några KAM-center som är kontrakterade av det statliga *National Health Services* (NHS). Det finns även tre homeopatiska sjukhus inom NHS. Integrativ vård används ofta inom palliativ vård och cancerbehandling.

Majoriteten av KAM-behandlingarna i Storbritannien betalas av användarna själva (5). En del privata sjukvårdsförsäkringsbolag täcker vissa KAM-behandlingar, exempelvis akupunkturbehandling vid smärta, men många av de privata sjukvårdsförsäkringsbolagen ersätter endast behandlingar utförda av statligt reglerade utövare. Antroposofisk medicin, akupunktur och homeopati utförd av NHS kan också vara kostnadsfri.

NHS har viss information om KAM på sin hemsida (39). Där finns bl.a. information om reglering, vad man bör tänka på när man överväger att konsultera en KAM-utövare samt beskrivningar av ett antal KAM-metoder, se även avsnitt 8.4.

Frankrike

Det finns ingen allmän reglering av KAM i Frankrike (40). Fram till år 2014 fick endast hälso- och sjukvårdspersonal diagnostisera och behandla patienter och genom det var det endast tillåtet för hälso- och sjukvårdspersonal att praktisera KAM (41, 42). På senare år har det dock även blivit tillåtet för icke-legitimerade att utöva osteopati och kiropraktik. Under år 2014 beslöt den franska regeringen om två nya utbildningsstandarder för att utöva osteopati och under år 2014 och 2015 beslutades om tre utbildningsstandarder för kiropraktik och ackreditering av utbildningsinstitutioner inom kiropraktik. Akupunktur, antroposofisk medicin och homeopati regleras av läkarföreningen, medan titeln osteopat är statligt reglerad (5).

Akupunktur, homeopati och massage ersätts av den lagstadgade sjukvårdsförsäkringen. Osteopati ersätts av en del privata sjukvårdsförsäkringar, ofta med ett årligt engångsbelopp och endast när en läkare remitterar (40). Homeopatiska läkemedel är vanligen subventionerade (med 30 procent) av det nationella försäkringssystemet.

Det pågår en debatt om homeopati i Frankrike. Vissa läkare har ifrågasatt utövandet av homeopati och varför det ska subventioneras av staten, medan andra läkare har försvarat homeopatin (43). Den

franska hälsoministern har gett den nationella hälsovårdsmyndigheten i uppdrag att utreda om homeopati fungerar och om det fortsatt bör subventioneras. I avvaktan på denna rapport har den medicinska fakulteten vid universitet i Lille avbrutit sin examen i homeopati för läsåret 2018–19.

USA

I USA finns inget standardiserat nationellt system för reglering av KAM-utövare, utan respektive delstat bestämmer själv vilka kvalifikationer som ska krävas för att arbeta i delstaten och för att utöva respektive metod samt vilka tjänster som KAM-utövarna ska tillåtas utföra (44). I USA är osteopat ett legitimationsyrke *Doctor of Osteopatic Medicine* (D.O.) Även kiropraktor och akupunktör är legitimationsyrken (45). De flesta staterna reglerar även massageterapeuter genom krav på legitimation, certifiering eller registrering (44). Det är myndigheter som är ansvariga för utfärdande av legitimationer medan yrkesorganisationer certifierar utövare. Certifiering är i vissa fall ett krav för att kunna legitimera sig och ibland är det ett alternativ till legitimation. Utbildningsdepartementet tillåter specifika organisationer att ackreditera utbildningsprogram i USA. Exempelvis kan skolor som lär ut akupunktur och traditionell kinesisk medicin (TCM) ackrediteras av den federalt erkända ackrediteringskommissionen för Akupunktur och orientalisk medicin (ACAOM) (45). Omkring en tredjedel av staterna som legitimerar akupunktörer kräver examen från en ACAOM-ackrediterad skola. Nästan samtliga stater där man legitimerar inom akupunktur eller TCM kräver också att utövarna klarar en skriftlig examination och i vissa stater även en praktisk examen utförda av *National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine* (NCCAOM).

KAM-metoder erbjuds alltmer på sjukhus, även mycket välrenommerade sådana, ofta i form av integrativa cancercentra eller integrativa vårdavdelningar. Exempel på det man i USA benämner vara KAM-metoder som kan tillhandahållas är biofeedback, avslappning, samtalsterapi, psykoterapi, musikterapi, massage och zonterapi.

Offentliga sjukvårdsförsäkringar täcker generellt inte KAM, men det finns exempel på att kiropraktik och akupunktur kan ingå. Privata sjukvårdsförsäkringar har i ökande omfattning börjat täcka

KAM-metoder, exempelvis kiropraktik, akupunktur och massage. Även om en KAM-terapi omfattas av privat sjukvårdsförsäkring kan behandlingen kräva ett godkännande i förhand. Dessutom kan självriskerna och egenavgiften vara högre än för konventionell vård. Det kan också finnas begränsningar för antalet besök eller i ersättningsnivå.

I USA finns ett nationellt forskningscenter för forskning på komplementära och integrativa metoder, *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH). NCCIH är ett av 27 forskningscentra som utgör *National Institutes of Health* (NIH). NIH är en myndighet som lyder under den amerikanska federala regeringens departement för hälsovård och social omsorg (*Department of Health and Human Services*). NCCIH:s uppgift är att genom vetenskaplig forskning definiera användbarheten och säkerheten för komplementära och integrativa metoder och hur det kan användas för att förbättra hälso- och sjukvården (46). NCCIH fungerar både som forskningsfinansiär och forskningsutförare. Se även avsnitt 13.4.

NCCIH tillhandahåller på sin hemsida information om KAM-metoder, sjukdomstillstånd/symtom/tillstånd och behandling med KAM m.m. (47). De tillhandahåller också allmän information att ta hänsyn till när en KAM-behandling övervägs. Informationen finns riktad till allmänheten respektive hälso- och sjukvårdspersonal, se även avsnitt 8.4.

7.3 Rapporter från CAMbrella respektive WHO

I en rapport från år 2012 från det EU-finansierade CAMbrella-projektet har man summerat regleringen av KAM i 39 länder (5). Enligt rapporten fanns det en specifik lag om KAM i 11 av de 39 länderna, medan 6 länder hade avsnitt om KAM i annan mer övergripande hälso- och sjukvårdslagstiftning. Utöver detta hade vissa länder reglering för specifika KAM-metoder. Av de länder som ingår i utredningens korta genomgång ovan fanns det specifika lagar inom KAM i Danmark, Island, Norge och Tyskland.

I CAMbrella-rapporten framhölls de stora olikheterna i regleringen av KAM mellan länderna i Europa. Skillnaderna handlade exempelvis om huruvida området var reglerat alls, vilka behandlingar

som ansågs vara KAM, om KAM-behandlingar enbart skulle praktiseras av utövare med utbildning i metoden, om utövandet av metoden skulle vara begränsat till hälso- och sjukvårdspersonal eller till och med vara begränsat till läkare med vidareutbildning i metoden. Regleringarna kunde vara allmänt hållna eller detaljerade och man fann inte mer likheter mellan länderna som hade en specifik KAM-lag eller en generell reglering av KAM jämfört med länder som endast reglerade särskilda KAM-metoder. Författarna menade att det fanns utrymme för extrema variationer – i ett land kunde det vara helt oreglerat vem som får utöva en viss metod medan det i ett annat land endast var läkare med en viss vidareutbildning som fick utöva metoden. Det angavs också att det var svårt att ta reda på vem som får utöva olika metoder i de olika länderna. I rapporten lyftes att skillnaderna mellan länderna har konsekvenser för användarna av KAM/befolkningen, KAM-utövarna och KAM-forskarna.

WHO har gjort en världsomfattande sammanställning över reglering av traditionell medicin och KAM (31). Rapporten innehåller även statistik över användning, subventionsgrad samt information om utbildningar inom området. Sammanställningen inkluderar hela 123 länder. I rapporten understryks olikheten mellan länderna vad gäller nationellt erkännande och reglering av traditionell medicin och KAM.

WHO har utarbetat en strategi och riktlinjer för traditionell medicin som redovisas i rapporten *WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023* (48). Strategin syftar till att kunna utgöra ett stöd till medlemsstater som vill utveckla en nationell policy för utvärdering och reglering av traditionell och komplementär medicin och att genomföra handlingsplaner. Strategin är också tänkt att kunna vara ett stöd när det gäller att skapa en starkare evidensbas när det gäller säkerhet, effektivitet och kvalitet på produkter och metoder.

I strategin ställs olika åtgärder upp som medlemsstaterna kan vidta, bl.a. att utveckla och dela lämpliga metoder och kriterier för utvärdering av säkerhet, effektivitet och kvalitet av traditionell och komplementär medicin samt att t.ex. tillgängliggöra resurser för forskning, utveckla lämpliga forskningsmetoder och uppmuntra investeringar. I WHO:s strategi anges även att medlemsländerna bör definiera omfattningen av sektorn genom användning av data som identifierar antalet människor som använder traditionell medicin m.m. Strategins två mål är att stötta medlemsstaterna i att:

- Utnyttja det potentiella bidraget från traditionell medicin för att främja hälsa, välmående och personcentrerad vård.
- Främja säker och effektiv användning av traditionell medicin genom att reglera, undersöka och integrera dessa produkter, utövare och metoder i hälsovården, där så är lämpligt.

Strategin behandlades i maj 2014 av Världshälsoförsamlingen (WHA) som är WHO:s högsta beslutande organ och där samtliga WHO:s medlemsstater finns representerade (49).

WHA noterade strategin och strategins två mål genom antagande av en resolution (WHA67.18). Resolutionen uppmanar medlemsstaterna att i enlighet med nationell kapacitet, prioriteringar, lagstiftning och förhållanden själva att implementera strategin som en grund för nationellt arbete inom traditionell och komplementär medicin. Vidare rekommenderades medlemsstaterna, om de ansåg det vara lämpligt, att ta fram program och arbetsplaner för traditionell och komplementär medicin liksom att rapportera utvecklingen till WHO. Resolutionen anmodar även WHO:s generaldirektör att på medlemsstaternas begäran stödja dem i implementeringen av strategin.

WHO:s strategi är således frivillig för medlemsstaterna att arbeta med. De rekommenderade åtgärderna gäller under förutsättning att medlemsstaterna anser att arbetet är förenligt med bl.a. nationella prioriteringar och lagstiftning.

De rekommendationer som gäller forskning beskrivs närmare i avsnitt 13.8.

Referenser

1. Lov om alternativ behandling av sykdom mv. (LOV-2003-06-27-64). Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64 (hämtad 2019-01-23).
2. Forskrift om frivillig registerordning för utøvare av alternativ behandling. (FOR-2003-12-11-1500). Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-12-11-1500 (hämtad 2019-01-23).

3. Forskrift om marknadsføring av alternativ behandling av sjukdom. (FOR-2003-12-11-1501). Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-12-11-1501 (hämtad 2019-01-23).

4. Ringard Å., Sagan A., Sperre Saunes I., Lindahl AK. Norway: Health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(8): 1–162. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf (hämtad 2019-01-23).

5. Wiesener S., Falkenberg T., Hegyi G., Hök J., Roberti di Sarsina P., Fønnebø V. Legal status and regulation of CAM in Europe. Part I – CAM regulations in the European countries. Final report of CAMbrella Work Package 2. 2012. https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/objects/o:291583/methods/bdef:Content/get (hämtad 2019-01-24).

6. Helsedirektoratet. Alternativ behandlingsloven. https://helsedirektoratet.no/lover/alternativ-behandlingsloven#er-det-momsunntak-på-alternativ-behandling (hämtad 2019-01-23).

7. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). http://nafkam.no/ (hämtad 2019-01-22).

8. Helsedirektoratet. Uppgift från utredningens möte med Helsedirektoratet och Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Norge. 2018-04-25.

9. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). Uppgift från utredningens möte med NAFKAM. Tromsö, Norge. 2018-05-15.

10. Fønnebø V., Grimsgaard S., Walach H., Ritenbaugh C., Norheim AJ., MacPherson H., et al. Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. BMC medical research methodology. 2007;7:7. Epub 2007/02/13.

11. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). Om oss. http://nafkam.no/om-oss (hämtad 2019-01-23).

12. Autorisationsloven: Afsnit IV, Øvrige bestemmelser om sundhedsfaglig virksomhed, Kapitel 26. (LBK nr 1141 af 13/09/2018). Sundheds- og Ældreministeriet. www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=202412#id455a2b2b-c5ca-4ac3-a99a-e70fd060c300 (hämtad 2019-01-23).

13. Lov om en branscheadminestreret registreringsordning for alternative behandlere. (LOV nr 351 af 19/05/2004). Sundheds- og Ældreministeriet. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=9900 (hämtad 2019-01-23).

14. Lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere. (LOV nr 1734af 27/12/2016). Sundheds- og Ældreministeriet. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=185886 (hämtad 2019-01-23).

15. Bekendtgørelse om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere. (BEK nr 859 af 13/06/2017). Sundheds- og Ældreministeriet. www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=192021 (hämtad 2019-01-23).

16. Styrelsen for Patientsikkerheds Råd vedrørende Alternativ Behandling (SRAB). Om SRAB. www.srab.dk/service-menu/om-srab/ (hämtad 2019-01-23).

17. Styrelsen for Patientsikkerheds Råd vedrørende Alternativ Behandling (SRAB). www.srab.dk (hämtad 2019-01-28).

18. Olejaz M., Juul Nielsen A., Rudkjøbing A., Okkels Birk H., Krasnik A., Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(2):1–192. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf (hämtad 2019-01-23).

19. Styrelsen for Patientsikkerheds Råd vedrørende Alternativ Behandling (SRAB). Momsfritagelse. www.srab.dk/service-menu/til-behandlere/momsfritagelse/ (hämtad 2019-01-23).

20. Healers act. No. 34/2005 as amended by Act No. 88/2008 and No. 34/2012. Ministry of Welfare. www.government.is/media/velferdarraduneyti-media/media/acrobat-enskar_sidur/Healers-Act-No-34-2005-as-amended.pdf (hämtad 2019-01-23).

21. Regulation on a voluntary registration system for healers. No. 877/2006. Ministry of Welfare. www.government.is/media/velferdarraduneyti-media/media/Reglugerdir-enska/Regulation-on-a-voluntary-registration-system-for-healers-no-877-2006.pdf (hämtad 2019-01-23).

22. Sigurgeirsdóttir S., Waagfjörð J., Maresso A. Iceland: Health system review. Health Systems in Transition, 2014; 16(6):1–182. www.ecoi.net/en/file/local/1252939/1930_1435917469_iceland-hit-web.pdf (hämtad 2019-01-23).

23. Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. (28.6.1994/559). Social- och hälsovårdsministeriet. www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559 (hämtad 2019-01-23).

24. Hälso- och sjukvårdslag. (1326/2010). Social- och hälsovårds-ministeriet. www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326 (hämtad 2019-01-23).

25. Konsumentskyddslag. (38/1978). Justitieministeriet. www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1978/19780038 (hämtad 2019-01-23).

26. Arbets- och näringsministeriet. Konsumentsäkerhetslagen är en allmän lag om konsumtionsvarors och konsumenttjänsters säkerhet. https://tem.fi/sv/konsumentsakerhetslagen (hämtad 2018-11-09).

27. Statsrådet. SHM inleder beredning av lagstiftning som gäller alternativa behandlingar. 2018-10-18. https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/stm-kaynnistaa-valmistelun-vaihtoehtohoitoja-koskevasta-lainsaadannosta?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_languageId=sv_SE (hämtad 2019-01-23).

28. Valvira, Tillstånds och tillsynsverket för social- och hälsovården. Yrkesrättigheter. www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/yrkesrattigheter (hämtad 2019-01-23).

29. Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz). www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html (hämtad 2019-01-23).

30. Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz). www.gesetze-im-internet.de/heilprgdv_1/(hämtad 2019-01-23).

31. World Health Organization (WHO). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. 2001. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/ (hämtad 2019-01-23).

32. Feldwisch-Drentrup, H. ”Zwingende Reformbedürftigkeit”: Gesundheitsminister planen Heilpraktiker-Reform. MedWatch. 2018-06-22. https://medwatch.de/2018/06/22/zwingende-reform-beduerftigkeit-gesundheitsminister-planen-heilpraktiker-reform/ (hämtad 2019-01-23).

33. Bundesärztekammer (BÄK). Uppgift från utredningens möte med BÄK. Berlin, Tyskland. 2018-01-22.

34. Bundesministerium für Gesundheit. Uppgift via Svenska ambassaden i Berlin, Tyskland. Uppgift per mejl. 2017-11-23.

35. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Akupunktur zur Behandlung von Rücken- und Knieschmerzen wird Kassenleistung. 2006-04-18. www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/83/ (hämtad 2019-01-23).

36. House of Lords, Science and Technology. Session 1999–2000, 6th Report. Complementary and Alternative Medicine. 2000. Chapter 5: Regulation. https://publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12307.htm (hämtad 2019-01-23).

37. Professional Standards Authority. What we do. www.professionalstandards.org.uk/what-we-do (hämtad 2019-01-23).

38. Cylus J., Richardson E., Findley L., Longley M., O'Neill C., Steel D. United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition, 2015; 17(5): 1–125. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf (hämtad 2019-01-23).

39. National Health Service (NHS). Complementary and alternative medicine. www.nhs.uk/conditions/complementary-and-alternative-medicine/ (hämtad 2019-01-22).

40. Chevreul K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C. France: Health system review. Health Systems in Transition, 2015; 17(3): 1–218. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf?ua=1 (hämtad 2019-01-23).

41. McIntyre M. The Regulation of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in the EU. www.srab.dk/service-menu/english/regulation-of-cam-in-the-eu/ (hämtad 2019-01-23).

42. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). CAM Regulation. France. http://cam-regulation.org/en/france (hämtad 2019-01-29).

43. Radio France Internationale (RFI). French university drops homeopathy degree amid alternative medicines row. 2018-09-02. http://en.rfi.fr/20180902-french-university-drops-homeopathy-degree-alternative-medicine/ (hämtad 2019-01-23).

44. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Credentialing, Licensing, and Education. https://nccih.nih.gov/health/decisions/credentialing.htm (hämtad 2019-01-23).

45. Rice T., Rosenau P., Unruh LY., Barnes AJ., Saltman RB., van Ginneken E. United States of America: Health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(3): 1–431. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf?ua=1 (hämtad 2019-01-23).

46. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). About NCCIH. https://nccih.nih.gov/about (hämtad 2019-01-23).

47. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Health Topics A–Z. https://nccih.nih.gov/health/atoz.htm (hämtad 2019-01-23).

48. World Health Organization (WHO). WHO traditional medicine strategy: 2014-2023: WHO; 2013. ISBN: 978-92-4-150609-0. www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/ (hämtad 2019-02-27).

49. World Health Organization (WHO). The Sixty-seventh World Health Assembly, Resolutions and Descisions Annexes. 2014. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf#page=25 (hämtad 2019-02-27).

8 Information om KAM och KAV

- Det finns mycket begränsat med neutral information om KAM på svenska.
- På den välbesökta webbplatsen 1177 Vårdguiden som drivs av landstingen och regionerna finns i dagsläget endast information om metoder som för närvarande ingår i hälso- och sjukvården.
- På myndigheters hemsidor finns det i olika utsträckning information om KAM, vilket delvis hänger samman med uppdrag och målgrupp för respektive myndighet.
- Det finns däremot mycket information om KAM från andra aktörer, som oftast har kommersiella eller andra egenintressen. Av ovanstående skäl kan det vara svårt för allmänheten att på egen hand värdera informationens tillförlitlighet.
- I grannländerna Danmark och Norge finns offentliga informationsportaler om KAM.

8.1 Landstingen och 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden är en samlingsplats med information och tjänster inom hälsa och vård (1). Bakom 1177 Vårdguiden står den svenska sjukvården genom alla landsting och regioner i samverkan. På webbsidan (www.1177.se) finns det information om regler och rättigheter och fakta och råd under olika teman. Det finns även sökfunktioner för att hitta fakta om sjukdomar och behandlingar samt för att hitta vårdgivare. En nationell redaktion ansvarar för att ta fram innehållet och cirka 350 faktagranskare från hälso- och sjukvården kvalitetssäkrar innehållet. 1177.se har cirka tio miljoner besök per månad (2).

1177.se anpassas beroende på var besökaren befinner sig och ger nyheter, information och länkar till de e-tjänster som är aktuella i det egna landstinget eller regionen (1).

Vid en enklare genomgång av 1177.se har vi funnit särskilda artiklar om akupunktur (3) och mindfulness (4). I artikeln om akupunktur finns en beskrivning av hur en behandling går till, kort information om effekt och säkerhet samt en kort beskrivning av vem som får ge behandling med akupunktur. Gemensamt för akupunktur och mindfulness är att metoderna i viss omfattning finns både inom och utom hälso- och sjukvården.

I övrigt finns vissa KAM-metoder omnämnda i artiklar utan närmare beskrivning eller information, exempelvis nämns trädgårdsterapi och yoga under rubriken ”Rehabilitering utanför vården” vid cancerrehabilitering (5), yoga och massage under rubriken ”Vad kan jag göra själv?” i samband med spänningshuvudvärk (6) samt yoga, meditation och trädgårdsarbete under motsvarande rubrik vid återhämtning efter psykisk ohälsa (7). I en artikel om astma anges att ”Alternativa behandlingar som t.ex. akupunktur, homeopati och örtmediciner har inte någon bevisad effekt vid astma” (8). Utöver detta kan det även finnas lokal information som rör KAM. Exempelvis har Region Östergötland två sidor kopplade till cancer där KAM tas upp. Den ena gäller information om rehabilitering i grupp för patienter och anhöriga (9) och den andra är en artikel om att få ett cancerbesked (10).

Vid ett möte med 1177 Vårdguiden fick utredningen information om att det tidigare har funnits mer omfattande information om flera KAM-metoder på hemsidan (11). I dag beskrivs däremot endast de metoder som för närvarande i viss utsträckning ingår i hälso- och sjukvården, vilket kan förklara varför det finns artiklar om akupunktur och mindfulness men inte om andra KAM-metoder.

Som framgår av avsnitt 6.4 har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bistått utredningen med att skicka ut frågor om KAM till landstingen och regionerna. En av dessa frågor gällde om de har någon mer allmän information kring KAM riktad mot invånare. Vi har fått svar från sju landsting, varav Region Gotland, Stockholms läns landsting och Region Östergötland svarat att de har information om KAM enligt nedan.

Regionalt cancercentrum (RCC) Stockholm – Gotland har tagit fram en broschyr ”Om du funderar på komplementär och alternativ

medicin – information till personer med cancer" (12). Broschyren syftar till att underlätta för patienten och dess närstående att kunna fatta välgrundade beslut. Broschyren har också som ändamål att bidra till ökad kunskap om KAM utifrån patienters och hälso- och sjukvårdspersonals behov och att underlätta dialogen dem emellan. Broschyren innehåller bl.a. allmän information om KAM, information om risker vid användning av KAM inklusive interaktionsrisker mellan naturpreparat och läkemedel, länkar till olika informationssidor samt tips på vad läsaren bör tänka på vid informationssökning. Broschyren uppmanar läsaren till kritiskt tänkande och ger läsaren följande fyra huvudfrågor att resonera kring ifall behandling med KAM-metod övervägs:

1. Vilka är dina syften med KAM-behandlingen? Hur ska du kunna avgöra om och när målen har uppnåtts?
2. När, hur ofta och hur länge tänker du använda KAM-behandlingen?
3. Har KAM-metoden några biverkningar? Går det bra att använda den tillsammans med din cancerbehandling, eller kan det uppstå negativa samverkanseffekter?
4. Vilken yrkesbakgrund har behandlaren, vilka yrkesmässiga erfarenheter har hen av att behandla patienter som också har cancer, och är hen positivt inställd också till konventionell behandling?

Som nämnt ovan har Region Östergötland två sidor på 1177.se om KAM kopplat till cancer. Därutöver finns viss information om KAM på Vårdgivarwebben för Region Östergötland, exempelvis information om vad KAM och integrativ medicin är och KAM-metoder inom Region Östergötland i dag (13). Vårdgivarwebben är öppen för allmänheten men vänder sig i första hand till vårdgivare.

8.2 Myndigheter

Det är flera myndigheter som har uppdrag där gränsdragningsfrågor om KAM kan uppstå. Det är dock få myndigheter som har direkta uppdrag om KAM, för mer information se kapitel 5. Utredningen har besökt berörda myndigheters hemsidor för att se vilken information som finns tillgänglig om KAM.

På Folkhälsomyndighetens hemsida (www.folkhalsomyndigheten.se) har vi inte hittat någon information som direkt handlar om KAM (14).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en särskild ingång för allmänheten på sin hemsida (www.ivo.se). Där finns det information om hur man kan tipsa myndigheten eller anmäla klagomål inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten (15). Motsvarande information om vad myndigheten kan och inte kan göra om en enskild person vill klaga på en verksamhet eller utövare inom KAM-området saknas. Detsamma gället även informationen som är riktad till yrkesverksamma.

På Läkemedelsverkets hemsida (lakemedelsverket.se) finns det omfattande information om växtbaserade läkemedel, naturläkemedel och homeopatiska läkemedel (16). Informationen finns riktad till tre olika målgrupper: hälso- och sjukvården, allmänheten och företag. Texterna innehåller bl.a. allmän information och information om regelverket. På hemsidan finns listor över godkända naturläkemedel och växtbaserade läkemedel samt registrerade traditionella växtbaserade läkemedel och homeopatiska läkemedel. Det finns även länkar till EU-gemensamma monografier för växtbaserade material. I informationen riktad till hälso- och sjukvården finns det också informationsfilmer om växtbaserade läkemedel och angränsande produktkategorier inom egenvårdsområdet.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård, samt att granska kunskapsläget för metoder och insatser inom socialtjänst och område funktionstillstånd/-hinder. Som beskrivs i avsnitt 13.2 är ett stort antal KAM-metoder inkluderade i SBU:s utvärderingar. På SBU:s hemsida (www.sbu.se) finns en publicerad kartläggning över vilka KAM-metoder som har utvärderats (17).

Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se) har generellt inte så mycket information riktad till allmänheten, utan det mesta är anpassat för yrkesverksamma eller beslutsfattare (18). I den sektion på hemsidan som är riktad till allmänheten har vi inte hittat någon information om KAM. Som framgår av kapitel 16 är dock några metoder som kan finnas både inom och utom hälso- och sjukvården upptagna i de nationella riktlinjerna. Exempel på sådana metoder är akupunktur, hypnos och mindfulness. Om man är intresserad av en

viss metod kan man söka i sökfunktionen på hemsidan för att se i vilka eventuella riktlinjer som metoden ingår.

På Konsumentverkets hemsida (www.konsumentverket.se) återfinns ingen särskild information om KAM (19). Däremot finns det övergripande information, exempelvis regler kring marknadsföring och tillsyn av marknadsföring som även gäller produkter och tjänster inom KAM-området. Konsumentverket tillhandahåller även ”Hallå konsument” som är en tjänst för oberoende vägledning och som bl.a. ger tips inför olika köp och vägledning för att ångra, klaga eller anmäla. Här finns i dag ingen information om KAM. Däremot finns information om andra områden som handlar om hälsa, exempelvis skönhetsingrepp samt att välja tandläkare och personlig tränare eller gym.

På Livsmedelsverkets hemsida (www.livsmedelsverket.se) finns det information om kosttillskott riktad till allmänheten (20). Informationen ges under rubrikerna: vem behöver kosttillskott, risker med kosttillskott, kosttillskott – råd till gravida och ammande, ämnen i kosttillskott och här kan du rapportera misstänkta biverkningar av kosttillskott. Det finns även information om regleringen av kosttillskott som är riktad till företagare med länkar och hänvisningar till lagar och förordningar. Där finns t.ex. information om gränsdragningen mellan kosttillskott och läkemedel, vilka ämnen som får ingå i kosttillskott, märkning av kosttillskott samt information om regler för närings- och hälsopåståenden.

Kunskapsguiden (www.kunskapsguiden.se) är en nationell webbplats som samlar kvalitetssäkrad kunskap från flera myndigheter och andra aktörer (21). Socialstyrelsen är ansvarig utgivare av Kunskapsguiden i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Forte, Läkemedelsverket, SBU, SKL och Tandvårds och läkemedelsförmånsverket (TLV). Kunskapsguiden är avsedd för personer som arbetar med hälsa, vård och omsorg. Kunskapsguiden innehåller information inom områdena: evidensbaserad praktik, psykisk ohälsa, äldre, missbruk och beroende, barn och unga, funktionshinder samt ekonomiskt bistånd. Här finns även Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS). Vid en fritextsökning i Kunskapsguiden fann vi att mindfulness-baserad kognitiv terapi tas upp under temat psykologiska behandlingsmetoder. Kunskapsguiden länkar även exempelvis till

SBU-rapporten ”Mjuk massage vid demenssjukdom” samt till publikationen ”Meditationsprogram mot stress vid ohälsa” där SBU kommenterar en översiktsartikel om mindfulness m.m.

8.3 Andra aktörer

Förutom information från landstingen och myndigheter finns information om KAM från en rad andra svenska aktörer. Ett exempel är Internetmedicin (www.internetmedicin.se) som är en kostnadsfri databas som innehåller översikter för diagnostik och behandling av sjukdomstillstånd riktad främst mot läkare och sjuksköterskor med förskrivningsrätt (22). Sidan är dock öppen för alla. På hemsidan länkas även till information som exempelvis finns på 1177.se, Socialstyrelsen, nationella vårdprogram m.m. Enligt Google Analytics har Internetmedicin cirka 1,2 miljoner besök per månad. På hemsidan anges att materialet författas av svenska experter inom respektive specialitet och uppdateras kontinuerligt. Till Internetmedicin har knutits ett vetenskapligt råd bestående av cirka 50 medicinska experter som granskar innehållet inom respektive ämnesområde. Internetmedicin finansieras av annonsintäkter. På hemsidan framhålls att annonsörerna inte har något inflytande över och inte kan påverka innehållet i kunskapsdatabasen. Vid en fritextsökning på Internetmedicin har vi hittat några exempel där KAM tas upp. Exempelvis anges i ett avsnitt om akut behandling av smärta hos barn och ungdomar att läkemedel ska kombineras med komplementära metoder som t.ex. psykologiska behandlingsmetoder, sensorisk stimulering (TENS), kryoterapi och distraktion (23) och i en text om långvarig smärta hos barn och ungdomar nämns massage, avslappning, TENS och akupunktur (24). TENS och akupunktur berörs även vid cancerrelaterad smärta (25), smärtbehandling i samband med primär osteoporos (26) och vid spänningshuvudvärk (27). Andra exempel är att yoga, avslappning, kostförändringar och akupunktur tas upp som tillägg till läkemedelsbehandling i avsnitten om illamående och kräkningar vid cytostatikabehandlingar (28).

Det finns även information från yrkesorganisationer inom området, enskilda företag, utbildningsaktörer, intresseföreningar och andra verksamheter. Utredningen har gjort en sammanställning över ett 30-tal yrkesorganisationer inom KAM-området, se avsnitt 6.1 och

bilaga 5. Utredningen har även kartlagt utbildningar inom KAM-området, se avsnitt 6.2 och bilaga 5. Ett exempel på en mer omfattande svensk webbsida som är inriktad på KAM är Alternativmedicin (www.alternativmedicin.se) som har för avsikt att vara en guide över terapeuter och företag inom området (29). Alternativmedicin ägs av Lundberg Selection AB. På alternativmedicin.se finns bl.a. information om olika behandlingsformer, medicinalväxter, mineraler och vitaminer. Det finns även sökfunktioner där man kan söka efter terapeuter, utbildningar, organisationer m.m. Vidare finns det länkar till butiker som säljer homeopatiska läkemedel, kosttillskott m.m. Vi har avgränsat sammanställningen ovan till svenska informationssidor. Givetvis finns det en stor mängd internationella aktörer som också är lättillgängliga via internet.

8.4 Internationella exempel

Danmark och Norge

Både i Danmark och i Norge tillhandahålls offentlig information till allmänheten om KAM.

I Danmark var ansvaret för information till allmänheten om KAM tidigare förlagt på *Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling* (ViFAB) i Århus som var en offentlig institution under *Sundhedsministeriet* under perioden år 2000–2012. Delar av informationen från ViFAB flyttades senare till *Styrelsen for Patientsikkerheds Råd vedrørende Alternativ Behandling* (SRAB, www.srab.dk). *Styrelsen for Patientsikkerhed* arbetar för närvarande med att revidera den del av webbplatsen som informerar om KAM, detta för att den ska återspegla deras uppgifter inom området och inte ska förväxlas med en webbplats för ett kunskapscenter. Sidan innehåller information om: drygt 20 olika KAM-metoder, preparat såsom kosttillskott, naturläkemedel, homeopatiska läkemedel samt ett fåtal sjukdomstillstånd och behandling med KAM (30). Det finns även råd till personer som överväger att använda KAM. I information riktad till utövare tillhandahålls bl.a. information om lagar och regler. På sidan riktad till hälso- och sjukvårdspersonal finns bl.a. information om biverkningar och interaktioner.

I Norge etablerades i maj 2007 informationssidan Nifab.no (*Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling*) samt en egen

redaktion för informationssidan och en fråge-/svarstjänst. Sidan etablerades av *Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin* (NAFKAM) på uppdrag från hälsomyndigheterna.

I dag har NAFKAM valt bort namnet ”Nifab”, men erbjuder i ett av flera specialbibliotek på centrumets hemsida (nafkam.no) fortsatt information om KAM-metoder, forskning om KAM, lagstiftning och patienträttigheter etc. (31). Hittills beskrivs över 70 alternativa behandlingsmetoder. Texten är anpassad till lekmän. Beskrivningarna av KAM-metoderna innehåller information om effekt, säkerhet och bakgrund till metoden.

Texterna är skrivna av NAFKAM:s informationsspecialister och granskas av en KAM-organisation och slutligen av forskare. Informationsinnehållet kommer huvudsakligen från systematiska kunskapssammanfattningar från fem källor: CAM Cancer, Cochrane Library, EMBASE, PubMed och Web of Science. I kvalitetssäkringen ingår också regelbundna kontroller av ny forskning. NAFKAM:s informationsspecialister svarar också på frågor från t.ex. allmänhet, vårdpersonal och media.

Utöver detta driver NAFKAM:s informationsavdelning ett speciellt forskningsbibliotek om KAM-behandling vid cancer, med sammanställning av forskning från den internationella expertgruppen CAM-Cancer (cam-cancer.org/en) (32). Målgrupperna för denna information är onkologer och annan vårdpersonal inom cancervård. Syftet är att bidra till dialogen med cancerpatienter som överväger att använda alternativ behandling utöver eller i stället för medicinsk cancerbehandling. I januari 2019 presenteras strax under 70 sådana KAM-metoder. Beskrivningarna innehåller information om hur metoden fungerar, samt om effekt och säkerhet.

Informationsavdelningen på NAFKAM driver också en öppen databas om status avseende lagstiftning och reglering av KAM i Europa, kallad CAM Regulation (cam-regulation.org/en) (33). Informationen hämtas direkt från en rapport från det EU-finansierade CAMbrella-projektet från år 2012 (34). Eventuella förändringar av den rättsliga statusen efter år 2012 presenteras under egen rubrik.

Övriga länder

I Storbritannien tillhandahålls viss offentlig information om KAM av *National Health Service* (NHS). På hemsidan (www.nhs.uk) finns bl.a. information om vilka KAM-metoder som rekommenderats av *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), vad man bör tänka på när man överväger att konsultera en KAM-utövare, reglering samt beskrivningar av ett antal KAM-metoder (35).

Amerikanska *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH) vid *National Institute of Health* (NIH) har på sin hemsida (nccih.nih.gov) information om KAM-metoder, preparat, örter, andra växter, sjukdomstillstånd/symtom/tillstånd och behandling med KAM m.m. (36). Sidan är omfattande och har cirka 400 artiklar. Artiklarna innehåller information specifikt riktad till allmänheten respektive till hälso- och sjukvårdspersonal. Artiklarna om metoderna är olika omfattande och kan exempelvis innehålla en kort beskrivning av metoden, information om effekt och säkerhet, länkar till relaterade sjukdomstillstånd och länkar till andra informationskällor. I artiklarna om olika sjukdomstillstånd finns bl.a. information om KAM-behandlingar vid det aktuella tillståndet samt länkar till generella beskrivningar av relevanta KAM-metoder. NCCIH tillhandahåller också allmän information att ta hänsyn till när KAM-behandling övervägs såsom hur man blir en informerad konsument, hur man får tag på tillförlitlig information, säkerhet, val av vårdgivare och information kring vad man ska tänka på vid behandling av barn osv.

Referenser

1. 1177 Vårdguiden. www.1177.se/ (hämtad 2019-01-22).
2. Inera. 1177 Vårdguiden som app. www.inera.se/aktuellt/nyheter/1177-vardguiden-som-app/ (hämtad 2019-01-22).
3. 1177 Vårdguiden. Akupunktur. www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Akupunktur/ (hämtad 2019-01-22).

4. 1177 Vårdguiden. Mindfulness. www.1177.se/Tema/Halsa/Stress/Mindfulness/?id=5904 (hämtad 2019-01-22).

5. 1177 Vårdguiden. Vad är cancerrehabilitering? www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Hjalp-och-stod/Psykologiskt-stod/Psykosocialt-stod-och-rehabilitering/ (hämtad 2019-01-22).

6. 1177 Vårdguiden. Spänningshuvudvärk. www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Spanningshuvudvark1/ (hämtad 2019-01-22).

7. 1177 Vårdguiden. Återhämtning från psykisk ohälsa. www.1177.se/Stockholm/Tema/Psykisk-halsa/Att-ma-battre/Behandlingar/Aterhamtning-fran-psykisk-ohalsa/ (hämtad 2019-01-22).

8. 1177 Vårdguiden. Astma. www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Astma/ (hämtad 2019-01-22).

9. 1177 Vårdguiden, Region Östergötland. Rehabilitering i grupp: Lära sig leva med cancer. www.1177.se/Ostergotland/Tema/Cancer/Hjalp-och-stod/Psykologiskt-stod/Levamedcancer/ (hämtad 2019-01-22).

10. 1177 Vårdguiden, Region Östergötland. Att få cancerbesked. www.1177.se/Ostergotland/Tema/Cancer/Forsta-tiden-efter-beskedet/Nar-livet-forandras/Att-fa-ett-cancerbesked/ (hämtad 2019-01-22).

11. 1177 Vårdguiden. Uppgift från ett av utredningens möte med 1177 Vårdguiden. Stockholm. 2018-01-11.

12. Regionalt cancercentrum (RCC) Stockholm Gotland. Om du funderar på komplementär och alternativ medicin – information till personer med cancer. 3:e upplagan, mars 2018. www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/vardprocesser/integrativ-cancervard/ (hämtad 2019-01-22).

13. Region Östergötland. Komplementär och integrativ medicin. https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Halso--och-vardutvecklingscentrum/Verksamhetsutveckling-Vard-och-Halsa/Halsoframjande/Komplementar-och-integrativmedicin/ (hämtad 2019-01-22).

14. Folkhälsomyndigheten. www.folkhalsomyndigheten.se/ (hämtad 2018-09-07).

15. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). www.ivo.se/ (hämtad 2018-08-22).

16. Läkemedelsverket. https://lakemedelsverket.se/ (hämtad 2018-08-22).

17. SBU. Komplementär- och alternativmedicinska metoder i SBU:s publikationer åren 1989–2018. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. SBU-rapport nr 298. ISBN 978-91-88437-40-2.

18. Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se/ (hämtad 2018-08-22).

19. Konsumentverket. www.konsumentverket.se/ (hämtad 2018-08-23).

20. Livsmedelsverket. www.livsmedelsverket.se/ (hämtad 2018-08-23).

21. Kunskapsguiden. www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.aspx (hämtad 2018-10-11).

22. Internetmedicin. www.internetmedicin.se/ (hämtad 2019-01-22).

23. Internetmedicin. Smärta, akut och procedurrelaterad – barn och ungdomar. www.internetmedicin.se/page.aspx?id=976 (hämtad 2019-01-22).

24. Internetmedicin. Smärta, långvarig – barn och ungdomar. www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5854 (hämtad 2019-01-22).

25. Internetmedicin. Smärta, cancerrelaterad – behandling. www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2687 (hämtad 2019-01-22).

26. Internetmedicin. Osteoporos, primär. www.internetmedicin.se/page.aspx?id=360 (hämtad 2019-01-22).

27. Internetmedicin. Huvudvärk, spänningshuvudvärk (HST). www.internetmedicin.se/page.aspx?id=887 (hämtad 2019-01-22).

28. Internetmedicin. Illamående och kräkningar vid cytostatika-behandling. www.internetmedicin.se/page.aspx?id=659 (hämtad 2019-01-22).

29. Alternativmedicin. www.alternativmedicin.se/ (hämtad 2019-01-22).

30. Styrelsen for Patientsikkerheds Råd vedrørende Alternativ Behandling (SRAB). www.srab.dk/ (hämtad 2019-01-28).

31. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). http://nafkam.no/ (hämtad 2019-01-22).

32. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). CAM Cancer. http://cam-cancer.org/en (hämtad 2019-01-22).

33. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). CAM Regulation. http://cam-regulation.org/en (hämtad 2019-01-22).

34. Wiesener S., Falkenberg T., Hegyi G., Hök J., Roberti di Sarsina P., Fønnebø V. Legal status and regulation of CAM in Europe. Part I – CAM regulations in the European countries. Final report of CAMbrella Work Package 2. 2012. https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/objects/o:291583/methods/bdef:Content/get (hämtad 2019-01-24).

35. National Health Service (NHS). Complementary and alternative medicine. www.nhs.uk/conditions/complementary-and-alternative- medicine/ (hämtad 2019-01-22).

36. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). https://nccih.nih.gov/ (hämtad 2019-01-22).

Del 2

FÖRDJUPNING

9 Översikt över komplementär och alternativ medicin och vård

9.1 Läsanvisningar

Syftet med detta kapitel är att ge läsaren en bred bakgrund till KAM-området. Vi tar först upp frågor kring vad som principiellt kännetecknar KAM, detta utifrån KAM-förespråkarnas egna beskrivningar. Därefter beskrivs ett urval av de KAM-system och KAM-metoder som ofta används i Sverige (se kartläggningar i avsnitt 6.5) och/eller är principiellt intressanta. Eftersom patientsäkerhetsfrågor framhålls i utredningens direktiv, har vi inkluderat ett avsnitt om vad som är känt i dessa frågor vid KAM-behandling. De olika strategier som KAM-förespråkare föreslagit för att hantera relationerna mellan KAM, hälso- och sjukvård och samhälle presenteras kortfattat.

I detta fördjupningskapitel presenteras genomgående de olika aktörernas uppfattningar i den form de själva brukar framföra dem. I kapitel 11 redovisas den kritik som brukar anföras mot KAM och i kapitel 10 redovisas KAM-förespråkares kritik mot hälso- och sjukvården. I betänkandets överväganden och förslag utgör såväl fakta som värderingar underlag för utredningens ställningstaganden.

I utredningen använder vi begreppen KAM-förespråkare, KAM-företrädare, KAM-utövare och KAM-kritiker. Med förespråkare avser vi personer som i tal, skrift eller i våra intervjuer förespråkat en starkare ställning för komplementär och/eller alternativ medicin och vård. De kan ha olika bakgrund – utövare, hälso- och sjukvårdspersonal, vårdsökande, akademiker, journalister, samhällsdebattörer, politiker, etc. Företrädare är de personer som representerar en organisation inom KAM-området. Utövare är personer som tillämpar KAM-metoder eller KAM-system i praktisk verksamhet. KAM-kritiker är personer som framför kritik mot KAM, i delar eller mer övergripande.

Dessa benämningar innebär med nödvändighet generaliseringar. KAM-området präglas av mångfald, något som också gäller de involverade personernas bakgrund, kunnande, tolkningar och åsikter. Vi har dock i facklitteratur, debattartiklar och i våra intervjuer mött tillräckligt gemensamma teman bland förespråkare, företrädare, utövare respektive kritiker för att lyfta fram dem som allmänt förekommande. Det innebär givetvis inte att samtliga individer i en kategori delar alla synpunkter. I de flesta av tolkningarna finns nyanser, och inte sällan delar förespråkare och kritiker vissa grundläggande tankar.

9.2 Vad kännetecknar KAM?

- Även om KAM-området innefattar ett brett spektrum av system och terapier är det några teman som ofta återkommer när förespråkare för KAM själva beskriver verksamheten. Det är bl.a. holism, energier, systemens och terapiernas historiska bakgrund, åberopande av nya fysikaliska teorier och fenomen, fokus på individen, mobilisering av individens läkande resurser och fokus på välbefinnande snarare än sjukdom.
- Vissa allmänna värderingar kan bidra till ett intresse för KAM. Dit hör fokus på eget välbefinnande, självförverkligande, pluralism och kritisk inställning mot ”etablissemanget”. Kommersiella krafter och stort intresse i traditionella media och sociala media kan också ha bidragit.
- Det är särskilt vanligt att kvinnor med utbildning över genomsnittet söker sig till KAM. Vetenskapliga studier har visat att det finns vissa drivkrafter som förekommer särskilt ofta bland dem som söker sig till KAM, t.ex. strävan efter det ursprungliga, det naturliga och det holistiska.

Vi utgår i detta avsnitt från hur KAM-förespråkare själva beskriver vad som karaktäriserar några av de viktigare filosofierna och systemen inom KAM. De viktigaste invändningarna redovisas i kapitel 11. Vi frågar också vad det är som gör att människor med besvär/sjukdom söker sig till integrativ, komplementär och alternativ vård.

Förespråkarnas beskrivningar av KAM

Ett av våra uppdrag har varit att bidra till att öka förståelsen mellan hälso- och sjukvård och KAM. Vi har tolkat ”ökad förståelse” från hälso- och sjukvårdens sida som insikter om vad KAM innebär och vilka de underliggande värderingarna är och vice versa. Detta förutsätter bl.a. viss kännedom om hur KAM-företrädare själva beskriver KAM och KAV. Syftet med detta avsnitt är att sammanfatta några av de faktorer som företrädare för KAM brukar anse kännetecknа KAM.

Området är mångfacetterat när det gäller såväl bakomliggande filosofiska system som deras praktiska tillämpningar. De kännetecken som vi tar upp i denna text är hämtade från standardverket *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine* (1), kompletterade med information från vissa andra källor (2–14). Vi gör inte anspråk på att i denna text förteckna samtliga de kännetecken som KAM-förespråkare brukar framföra.

Beskrivningarna innehåller oftast positivt värdeladdade formuleringar, vilka ifrågasätts av kritiker av KAM. I detta redovisande avsnitt har vi ändå valt att ur litteraturen extrahera KAM-förespråkares beskrivningar utan att ingående kommentera dem, väl medvetna om att de kan uppfattas vara kontroversiella.

Vilken vård är ”etablerad”? KAM-förespråkare framhåller att den vård vi i höginkomstländerna betraktar som ”etablerad” inte kan kallas ”vanlig” eller ”konventionell”, om man ser det ur ett globalt perspektiv. Majoriteten av världens befolkning tillämpar traditionella metoder, oftast baserade på folkmedicin. Därför bör man snarast benämna västerländsk medicin som alternativ medicin (eller åtminstone som ett bland många alternativa medicinska system), menar vissa KAM-förespråkare (15).

Synen på hälsa. KAM-företrädare lyfter ofta fram att KAM och KAV kännetecknas av en syn på hälsa som präglas av helhetssyn, fokus på välbefinnande och individens egna förmågor att mobilisera läkande krafter (se nedan).

Holism. Inom de flesta KAM-system eftersträvas helhetssyn. Denna helhetssyn kan tillämpas på olika nivåer. Den kan gälla helhetssyn på den enskilda människan. Den kan också användas i vidare

sammanhang och kan då baseras på samspel mellan biologi och ekologi. Ibland betonas dessutom hur individen står i samklang med universum i stort.

På individuell nivå handlar det i regel om hur kropp och själ utgör en enda obruten helhet och att man inte kan skilja på ande och materia. Många KAM-system utmärks också av att de lägger stor vikt vid andliga och existentiella frågor – det kan då röra sig om livsmening, svåra val i livet och levnadsvanor (1, 16, 17).

Mer vidgat menar man inom den holistiska hälsorörelsen att natur och olika verklighetsnivåer hör nära samman med människan och hennes existens. Av detta följer bl.a. att örter och andra naturprodukter kan ses som viktiga källor till olika typer av energier. De som har en universell ansats menar att makrokosmos och mikrokosmos (elementarpartiklar) avspeglar varandra och att människan är oupplösligt infogad i detta system. Utifrån ett sådant synsätt påstår KAM-förespråkare ofta att den västerländska medicinen är fragmentiserad och alltför mycket inriktad på mekanistiska förklaringsmodeller till sjukdom.

Det förtjänar dock att påpekas att även många av hälso- och sjukvårdens medarbetare, särskilt inom primärvård och omvårdnad, också uppfattar att de arbetar utifrån en helhetssyn på människan. De accepterar inte att den vård de bedriver beskrivs som reduktionistisk eller mekanistisk. De skilda beskrivningarna har setts som uttryck för olika uppfattningar om i vad mån själ är något annat än hjärnfunktioner (eng. brain-mind dualism) (18).

Energier. Påfallande ofta baseras KAM-terapier på uppfattningen om energiflöden och energibalans. Rubbas energibalansen uppstår ohälsa, och terapin syftar till att återställa balansen. *Vitalism* är en uppfattning att den organiska verkligheten inte fullt kan förklaras genom bara fysikaliskt-kemiska förhållanden, utan förutsätter särskilda livskrafter (*vitalenergier*), som styr de fysikaliskt-kemiska processerna när levande organismer byggs upp. Ofta följer de förmodade energiflödena särskilda kanaler eller meridianer som inte motsvarar kända anatomiska strukturer. Den kinesiska benämningen för denna energi är *qi*, ett begrepp som fått spridning också utanför den traditionella kinesiska medicinen.

Eftersom den energi man talar om inte är av fysikalisk natur, menar man att den inte går att mäta med konventionella fysikaliska eller kemiska metoder. I stället sägs energin ha icke-materiella, ibland

andliga, ibland religiösa, dimensioner. Exempel på terapier som strävar att påverka energiflöden är ayurvedisk medicin, naturopati, energimedicin/frekvensmedicin, qigong, thaimassage, zonterapi, kinesiologi, shiatsu, transcendental meditation och vissa former av healing. Även grundarna av kiropraktik och osteopati, verksamma i slutet av 1800-talet, ansåg sig arbeta med energier, men de flesta av dagens utövare har övergett energispåret. Likaså har yoga byggt på uppfattningen om energiflöden, men många former av yoga som tillämpas i Sverige gör inga sådana kopplingar.

Kulturellt arv. Åtskilliga KAM-metoder baseras på månghundraåriga, ibland tusenåriga, behandlingstraditioner inom folkmedicin världen över, men också på antika grekiska, kinesiska och indiska filosofier och har anpassats till den omgivning där de tillämpas (”etnomedicin”). Andra KAM-inriktningar som antroposofisk medicin, kiropraktik och homeopati utvecklades under 1800-talet och det begynnande 1900-talet – det finns därför långvarig erfarenhet av dem och i många länder kan de sägas ha blivit en del av den medicinska kulturen. Många av dessa metoder anses vara verksamma utanför sina kulturella sammanhang – i utredningens intervjuer har utövare av komplementär och alternativ vård betonat att man inte nödvändigtvis behöver dela de bakomliggande filosofierna eller vara ”troende” för att ta del av dem, något som också framhållits i facklitteraturen (1).

De KAM-terapier som baseras på folkmedicinska traditioner, framför allt örtmediciner, anses ha utvecklats genom empiri – förespråkare för örtmediciner framhåller att de bygger på erfarenheter av vad som kan vara verksamt och vad som kan vara skadligt. Vissa KAM-metoder som tillkommit på 1800- och 1900-talen har dock andra grunder. När Rudolf Steiner utvecklade antroposofiska medelvaldes örter, mineraler och animaliska produkter utifrån vilka andliga egenskaper de ansågs ha. ”Planetmetaller” har en särskild relation till universum. Potenseringen (utspädningsprincipen) vid framställning av homeopatiska läkemedel kan inte heller föras tillbaka till folkmedicinska traditioner. Även en rad andra örtmediciner har utvecklats under det senaste århundradet (19).

Nya vetenskapliga rön. Flera av de KAM-förespråkare och KAM-utövare vi mött i utredningen lyfter fram sentida framsteg inom fysiken och hur dessa kan hjälpa till att förklara hur energiflöden i kroppen skulle kunna påverkas. Samma uppfattning finns i KAM-

läroböcker (t.ex. [1]) och vetenskaplig litteratur om KAM (20). Ofta hänvisas till komplexa fysikaliska teorier, skeenden och fenomen som t.ex. kaosteori, kvantteori, kvantfysik, kvantmekanik, plasmafysik, relativitetsteori, fraktaler samt det förhållandet att viss materia (t.ex. elektroner) kan uppträda både som partiklar och vågrörelser (1). När man inom parapsykologin söker förklaringsmodeller för healing åberopas ibland en psifaktor som är svårfångad med konventionella fysikaliska eller biologiska mätmetoder (20).

Tillsammans med den ofta åberopade heisenbergska osäkerhetsprincipen anser många KAM-förespråkare att den nya fysiken och dess koppling till KAM-metoder vidgar utrymmet för nytänkande. Det är dock svårt att i KAM-litteraturen finna konkreta exempel på hur länkarna mellan nya fysikaliska rön och KAM-metoder reellt fungerar. KAM-kritikernas syn på dessa frågor redovisas i kapitel 11.

Det är också vanligt att det vetenskapligt väldokumenterade sambandet mellan psyke, nervsystem och immunsystem (sammanfattat i begreppet psykoneuroimmunologi) åberopas som stöd för holistiskt tänkande. Immunförsvaret styrs till viss del av hjärnan genom det autonoma nervsystemet och hormoninsöndring. Stress kan öka känsligheten för infektioner men också öka sårbarheten för andra sjukdomar (21, 22). Dessa samband är allmänt accepterade inom hälso- och sjukvården.

Inriktning på individen (personcentrering). KAM-förespråkare lyfter ofta fram KAM:s särskilda inriktning på den enskilda individen. De säger att detta är i motsats till hälso- och sjukvården, där fokus sägs vara på grupper av patienter med en viss diagnos, vilka får standardiserad behandling. Ambitionerna att införa personcentrerad vård och individualiserad medicin kan sägas vara uttryck för större fokus på individen också i hälso- och sjukvården.

Med inriktningen på enskilda individer följer också att KAM-förespråkare betonar det fria valet mellan hälso- och sjukvård och KAV – man talar om pluralism i vården.

Mobilisering av individens läkande resurser. Många KAM-metoder går ut på att mobilisera inre resurser och därigenom understödja individens egna helande förmåga (eng. self-healing). Ofta menar utövarna också att hälsa främjas av att inre resurser är i balans med yttre fysisk och social miljö. Individen ses som en aktiv och medveten deltagare i processen att upprätthålla eller återställa hälsa (något som brukar framhållas också i hälso- och sjukvården).

Fokus på välbefinnande och underliggande orsaker till ohälsa. KAM-utövare framhåller ofta att de inte arbetar med medicinska diagnoser och inte med vad som är sjukt eller friskt. I stället säger de sig främst arbeta med att motverka upplevd ohälsa och stärka välbefinnandet; det centrala är patientens upplevelse av sin (o)hälsa, vare sig det finns en medicinsk diagnos eller inte. Det är vanligt att KAM-utövare dessutom säger sig angripa underliggande orsaker till ohälsa.

Lämpligt för ”funktionella” och psykiska besvär. KAM-förespråkare framhåller ofta att KAM skulle vara särskilt lämplig för ”funktionella” tillstånd där det saknas en specifik medicinsk diagnos, t.ex. huvudvärk, smärta och värk, magbesvär och menstruationsbesvär (t.ex. [1]). Det är också vanligt att KAM används vid psykisk ohälsa som stressrelaterade besvär, trötthet, utmattning och sömnbesvär.

Biverkningar, kostnader. KAM-utövare (och andra förespråkare) brukar framhålla att deras verksamheter innebär mindre risker för patienterna än den vård som hälso- och sjukvården erbjuder och att de är mindre kostsamma. Direkta jämförelser är dock svåra eftersom förutsättningarna och vårdsökandes behov skiljer sig så mycket mellan KAM och hälso- och sjukvård. Möjliga risker med KAV redovisas längre fram i detta kapitel.

Kroppskonstitution. Inom hälso- och sjukvård var det länge vanligt att identifiera vissa konstitutionstyper för att bedöma benägenhet för sjukdom och ge ledning för behandlingen. I Västeuropa fick Kretschmers konstitutionslära särskilt stort genomslag men den kom i vanrykte sedan den knutits till den nazistiska rasbiologin. Inom naturopati, ayurvedisk medicin och vissa andra asiatiska medicinska system spelar kroppskonstitutionen fortfarande en betydande roll i diagnostiken (13, 15).

KAM som social rörelse och konsumentrörelse. KAM har beskrivits som en ny social rörelse och som en konsumentrörelse (1). Enligt förespråkarna innebär det en rörelse mot ett nytt tänkande kring hälsa, medicin och vård, kännetecknat av andliga värden, nära mänskliga relationer, harmoni och konsumentinflytande (11, 13).

Terapeutisk miljö. Förespråkare för KAM framhåller ofta den terapeutiska miljöns betydelse (23). Enligt denna uppfattning har en behandling bäst förutsättningar att lyckas om den utförs när brukaren är ”inneliggande” i ett terapeutiskt inriktat boende där miljön

främjar hälsa. I öppenvård kan man sällan dra full nytta av terapin, menar en del KAM-förespråkare (1).

Drivkrafter för användning av integrativ, komplementär och alternativ vård

Som framgår av avsnitt 6.5 använder sig en betydande andel av befolkningen i många anglosaxiska och västeuropeiska länder av integrativa, komplementära och alternativa metoder. I Sverige har många terapier tillkommit under de senaste decennierna och medias intresse för KAM har ökat påtagligt.

Detta avsnitt inleds med en kort närhistorisk bakgrundsbeskrivning. Därefter tar vi upp vilka allmänna värderingar och drivkrafter som kan ha bidragit till intresset samt behandlar frågan om vilka personer som i första hand vänder sig till integrativ, komplementär eller alternativ vård. Slutligen diskuteras i vad mån brister i hälso- och sjukvården kan bidra till att man söker komplementär och alternativ vård.

Kort närhistorisk bakgrund. I Sverige har det, liksom i andra länder, funnits en omfattande folklig läkekonst, i mycket byggd på riter och magi men också på erfarenheter av t.ex. örtmediciner och metoder att läka skador (24, 25). Folkmedicinen kan ses som ett uttryck för en folklig kultur (24). Det var också länge den enda läkekonst som var tillgänglig för stora delar av befolkningen (så t.ex. var på 1730-talet den nordligaste provinsialläkaren stationerad i Gävle med hela Norrland och västra Finland som arbetsområde [26]). Inför 1915 års behörighetslag diskuterades ett förbud mot kvacksalveri. Ett viktigt argument när man inte fullföljde detta förslag var den dåliga tillgången till läkare.

Runt sekelskiftet 1900 växte det fram ett stort intresse för alternativa behandlingar och kurer av olika slag: hypnos, badkurer, massage, elixir, universalmedel, etc. Från 1930-talet kom Are Waerland att bli en centralgestalt för en alternativ rörelse som framför allt betonade kostens, den fysiska aktivitetens och den mentala balansens betydelse för hälsan (27). Den fiberrika gröten kruska kom att få en närmast symbolisk betydelse för den rörelse som utvecklades till Hälsofrämjandet. Waerlands tidskrifter kom att bli ursprunget till tidningen Hälsa.

Vid mitten av 1940-talet öppnades landets första hälsohem där man behandlade olika sjukdomar, mycket enligt de waerlandska principerna. Man byggde också vidare på en tradition hämtad från Mellaneuropa med kurorter. Under 1960- och 1970-talen växte hälsohemsverksamheten snabbt och Alternativkommittén uppskattade att det 1989 fanns ett femtiotal hälsohem över hela landet, några av dem landstingsägda (27). Där praktiserades olika former av det som man då ansåg vara alternativmedicinska terapier – vegetarisk kost, fasta, vatten- och badterapier, örtmedicin, massage m.m.

Centralt för senare tids ökande intresse för KAM har varit den holistiska hälsorörelse som växte fram i USA under det tidiga 1970-talet. Denna har sedan bidragit till att ge KAM ett uppsving i många andra länder, däribland Sverige (3, 4, 28).

1970-talets holistiska hälsorörelse var nära knuten till New Age-rörelsen och i Sverige kom den på många håll att blir ett utryck för den gröna vågen under 1970-talet och början av 1980-talet. När antropologer, etnologer och religionsvetare studerat den holistiska hälsorörelsens framväxt har de beskrivit hur den var (och är) i mycket en proteströrelse – mot den byråkrati, den materialistiska människosyn, den högteknologi och de risker som man inom den holistiska hälsorörelsen förknippat hälso- och sjukvården med. Ett genomgående tema har varit betoningen på att individen består av helheten kropp-psyke-ande (eng. body-mind-spirit). Åtskilliga av terapierna har byggt på energibalans och modifiering av energiflöden (4, 29).

Många av influenserna kom från traditionell asiatisk filosofi, religion och medicinska system med mångtusenåriga rötter, andra influenser från traditionell medicin i rika länder (t.ex. örtmediciner och schamanism). Inom New Age-rörelsen spelade healing och reinkarnation en betydande roll (3, 29, 30). Den holistiska hälsorörelsen fick också anhängare inom kvinnorörelsen där man kom att eftersträva födande utanför den etablerade förlossningsvården; i stället använde man sig av lekmannaassistans vid förlossningen. Från 1980-talet och framåt kom den holistiska hälsorörelsen, särskilt i USA, att få ett allt större kommersiellt inslag (8, 29).

Förändrade allmänna värderingar kan ha bidragit till ett intresse för KAM. Vi tar här upp några av de värderingar som i den vetenskapliga litteraturen diskuterats ha knytningar till ett utbrett intresse för KAM-metoder. Det ska betonas att det huvudsakligen rör sig om förslag utan empiriskt underlag, dock framförda i facklitteraturen.

- ***Eget välbefinnande***. De senaste årtiondena har fokuseringen på den egna kroppen och det egna välbefinnandet blivit alltmer framträdande – det finns de som talar om ökad narcissism i samhället (31). Många nya former av motion, kosttrender, kroppsliga skönhetsideal, egenmätningar (eng. quantified self), kosmetiska ingrepp men också allmänt ökande vårdkonsumtion vid lindriga besvär, kan ses uttryck för detta intresse.
- ***Religionssubstitut?*** Samtidigt som det svenska samhället blivit ett av världens mest sekulariserade (32) finns ett stort utbud av terapier och kurser med inriktning på andlighet. Till en del kan ett ökat fokus på den egna kroppen och på andliga värden kanaliseras genom ett intresse för KAM. Amerikanska samhällsvetare har talat om den holistiska hälsorörelsen som en psykologisering av religionen (33) eller som ett ”religionssubstitut” (3).
- ***Självförverkligande och pluralism.*** Många samhällsvetare har hävdat att kollektiva värden som demokrati, solidaritet och rättvisa efterträtts av värden som individualism, självförverkligande och pluralism (t.ex. 35, 36). I ett allt rikare samhälle blir också mer ekonomiska resurser tillgängliga för individen att satsa på hälso- och sjukvårdsinsatser både inom hälso- och sjukvården (t.ex. privata sjukvårdsförsäkringar) och utanför den (KAM).
- ***Antietablissemang***. Den holistiska hälsorörelsen började som en rörelse riktad mot vad man uppfattade som det medicinska etablissemanget och inom delar av dagens alternativa hälsorörelse finns starka inslag av antietablissemangstänkande. Inte sällan ställer KAM-förespråkare (dock inte företrädare för integrativ medicin) den egna verksamheten i motsats till hälso- och sjukvård. Motsättningarna kan ta konspiratoriska uttryck. Huvudbudskapet i bästsäljaren *Natural Cures ”They” Don’t Want You to Know About* av New York Times-journalisten Kevin Trudeau är att det finns naturlig bot för alla sjukdomar och att orsaken till att kunskapen om detta inte fått större genomslag är en ”cover-up” från myndigheter och industri (34).

  Ett särskilt uttryck för misstron mot etablissemanget är motståndet mot massvaccinationer (35). Detta motstånd har funnits alltsedan de första vaccinationerna infördes på 1800-talet. Motståndet har betydande genomslag i sociala medier. De som oppo-

nerar sig mot vaccinationer tar upp etiska frågor kring massvaccinationer (är det rätt att samhället mer eller mindre påtvingar alla barn vaccinationer?) och vaccinernas effekter (som ifrågasätts) och säkerhet (där biverkningar lyfts fram). De som diskuterar barnvaccination på nätet anser ofta att barn har långsiktig nytta av att genomgå ”naturliga barninfektioner”.

Kommersiella aktörer. Man kan se hälso- och sjukvård och KAM som två av många sektorer i samhällsekonomin. Med ett sådant synsätt får såväl hälso- och sjukvården som KAM-sektorn sägas vara framgångsrika. Vissa delar av KAM, främst örtmediciner och kosttillskott men också kurser i olika KAM-tekniker, marknadsförs mycket aktivt.

Media. Många av dem som analyserat KAM-utvecklingen de senaste decennierna har framhållit den roll media haft för att stimulera allmänhetens intresse. Barker Bausell, tidigare chef för *Complementary Medicine Program* vid University of Maryland, USA, har framhållit att media ofta fokuserar på det spektakulära och bisarra framför det vanliga (och han framhåller att det inom KAM finns åtskilligt som är bisarrt) (36). Han pekar också på den asymmetri som finns bland de experter som uttalar sig i massmedia – de som uttalar sig anslående och tvärsäkert och har enkla budskap får större genomslag än de som med reservationer och resonemang kring för- och nackdelar framför vetenskapligt baserade budskap (”god vetenskap ger dålig TV”).

I en genomgång av den internationella vetenskapliga litteraturen om hur media beskriver KAM visade sig de positiva beskrivningarna överväga (37).

Många personer som är kända och kan uppfattas vara auktoriteter har engagerat sig för KAM. Den mest kända förespråkaren är Storbritanniens Prince Charles, som i början av 1990-talet instiftade *The Foundation for Integrated Health* (FIH) och som i många sammanhang, bl.a. i WHO, pläderat för KAM. Många kändisar, både i Sverige och internationellt, har i media berättat om sina positiva erfarenheter av att använda KAM-metoder. Med viss ironisk distans har begreppet *celebrity-based medicine* lanserats som komplement till *evidence-based medicine* (38). I Sverige finns även läkare och vetenskapsmän bland dem som framställer KAM i positiva ordalag.

Den svenske medicinjournalisten David Finer har refererat studier om hur media fungerar som både självständiga aktörer och som arenor för andra aktörer (39, 40). Media provocerar systematiskt aktörer till utspel från andra aktörer och låter dem på så sätt spela upp sina roller inför publiken. Ofta berättas samma schablonmässiga grundhistorier om och om igen – konflikten, spekulationen, tävlingen, avslöjandet. Med sådana utgångspunkter blir det naturligt med stort intresse för KAM och för konflikter mellan hälso- och sjukvård och KAM. Finer beskriver hur medias perspektiv på KAM snabbt kan svänga från andäktighet till nedvärderande.

Sociala medier har blivit allt viktigare som informationskälla om KAM-terapier och KAM-terapeuter och kan ha ökat det allmänna intresset för KAM. Fortfarande är dock kunskapen om hur internet fungerar som kunskapskälla om KAM bristfällig. I en systematisk litteraturöversikt 2016 drog författarna slutsatsen att det ännu finns stora metodologiska utmaningar när man försöker analysera internets effekter på hur KAM används och sprids (41).

Stöd från Världshälsoorganisationen (WHO). WHO:s första strategi för traditionell och komplementär medicin utvecklades i början av 2000-talet. Ett årtionde senare antogs *WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023* (12). I strategin uppmanas medlemsstaterna att – ”när så är lämpligt” – integrera riktlinjer för traditionell och komplementär medicin i sina hälso- och sjukvårdssystem. Strategin kan ses som ett stöd för den integrativa, komplementära och alternativa medicinen och vården. Den beskrivs närmare i avsnitt 7.3. där även dess formella status diskuteras.

Andra faktorer som bidrar till att integrativ, komplementär och alternativ vård anlitas

Vilka söker sig till komplementär och alternativ vård (KAV) och integrativ vård? I avsnitt 6.5 beskrivs vilka som oftare än andra vänder sig till KAV och integrativ vård. Mycket kortfattat är det kvinnor mer än män och de har ofta högre utbildning och sämre upplevd hälsa än genomsnittet.

Långdragen ohälsa. KAV anlitas främst av personer med långdragen eller kronisk ohälsa. Vid många kroniska sjukdomar (t.ex. diabetes och hjärtkärlsjukdom) har överlevnaden förbättrats kraftigt, vilket gör att fler lever med sjukdom. En betydande del av

befolkningen (16 procent år 2016) upplever nedsatt psykisk hälsa (42). Många av KAM-terapierna som t.ex. yoga, meditation, autogen träning, qigong och badterapi syftar till att främja psykisk hälsa.

Utnyttja alla möjligheter. Det vanliga är att KAM-metoder utnyttjas just komplementärt – de som anlitar KAM anlitar samtidigt hälso- och sjukvården. Vid kroniska sjukdomar ligger det i sakens natur att patienten inte blir helt återställd. Då kan han eller hon vilja försöka med tillägg av KAM (43). Och vid mycket svåra sjukdomar där hälso- och sjukvården inte har bot eller tillräcklig symtomlindring att erbjuda, kan patienten vilja tillgripa ett sista halmstrå genom att vända sig till en KAM-terapeut.

Strävan efter det ursprungliga och naturliga. Många KAM-terapier har tusenåriga traditioner (t.ex. ayurvedisk medicin, yoga och akupunktur) och många utgår från naturprodukter (t.ex. örtmediciner, antroposofiska medel och homeopatiska läkemedel och vissa former av badterapi). Flera av dem som anlitar KAM gör det för att de uppfattar metoderna som mer ursprungliga och naturliga än de som hälso- och sjukvården erbjuder och att detta är ett värde i sig (36, 44). Att man inom KAM ofta litar till kroppens egna självläkande förmåga kan också te sig tilltalande för många patienter (13).

Strävan efter helhetssyn (holism) och synen på ohälsa. De flesta KAM-förespråkare framhåller att integrativ, komplementär och alternativ vård har en helhetssyn på människan, något som många patienter finner attraktivt och angeläget (45, 46). Många traditionella hälsosystem, t.ex. de kinesiska och indiska, bygger på uppfattningen att kropp, psyke och andliga krafter, ibland också universella krafter, hör nära ihop (4–6). Strävan efter fullt välbefinnande, snarare än bot från sjukdom, upplevs ofta som tilltalande av dem som anlitar KAM. En närliggande aspekt är hur de vårdsökande ser på frågor om hälsa och ohälsa och om orsak och verkan. En svensk studie av personer som sökt sig till antroposofisk vård visade att de ser omständigheter under hela livet som orsak till ohälsa (47).

Tilltro till terapin. KAM-terapins karaktär, det sammanhang i vilket den utförs och KAM-terapeutens och kundens tilltro till behandlingen kan bidra till att terapin upplevs som gynnsam. Terapins och terapeutens roll för ospecifika effekter (placeboeffekter i bred mening) diskuteras i kapitel 15.

Många anlitar KAM för att de tilltalas av de underliggande filosofierna och de andliga dimensionerna. De kan också anse att KAM-

metoderna ligger i den kulturella förändringens frontlinje (13). Inte sällan framhålls också i KAM-litteraturen att den vårdsökande och terapeut måste dela tron på att behandlingen ska vara till hjälp (men inte nödvändigtvis den underliggande filosofin), något som kan stärka de ospecifika effekterna. I våra intervjuer med KAM-utövare och andra förespråkare har vi ofta mött uppfattningen att individens upplevelser av behandlingseffekter är av större betydelse än det vetenskapliga underlaget. Det medför bl.a. att vetenskapliga fynd som inte styrker terapins nytta (eller visar biverkningar) oftast inte leder till omprövningar (36, 48).

Naturalförlopp. Många sjukdomar är självbegränsande, andra går i skov. Ofta söker man vård när symtomen är som mest besvärande. Vid sådana tillstånd kommer varje insats från vården, vare sig det är inom hälso- och sjukvården eller KAM, att ha en god möjlighet att sammanfalla med lindring – som tillskrivs behandlingen och som ökar förtroendet för vården (36, 44).

Utbildning, kollegial certifiering, legitimation. Många yrkesorganisationer inom KAM-området arbetar med auktorisationer/certifieringar, kvalitetssäkring samt erbjuder utbildningar för sina medlemmar. Detta kan ha bidragit till att stärka KAM-vårdens anseende. Utbildningarna varierar dock mycket i omfattning och kvalitet. Vissa KAM-metoder utövas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med lång utbildning (exempelvis inom den antroposofiska medicinen).

Vetenskapligt stöd. Förespråkare för KAM åberopar oftast att det finns vetenskapligt stöd för en specifik KAM-metod. Detta ifrågasätts av KAM-kritiker. Olika synsätt på KAM-forskningen redovisas i kapitel 13.

9.3 KAM-system och KAM-metoder

- Utredningen grupperar KAM-system och KAM-terapier i fem kategorier: terapeutiska system, manuella och andra kroppsinriktade terapier, mind-body-terapier och psykologiskt orienterade terapier, örtmediciner och andra terapeutiska preparat samt övriga terapier. I detta avsnitt presenteras några grundläggande karaktäristika för var och en grupperingarna.
- Dessutom beskrivs ett fåtal alternativmedicinska diagnostiska metoder.

Introduktion

Alternativkommittén 1989 listade 227 alternativmedicinska behandlingsmetoder, flera av dem med undervarianter (2). Under rubriken *List of forms of alternative medicine* i den engelskspråkiga versionen av Wikipedia finns 171 olika terapier (49). Åtskilliga av dessa terapier förefaller i dag inte alls, eller bara i mycket liten skala, användas i Sverige. Här sammanfattas ett urval av de KAM-metoder som är vanliga i Sverige (kartläggningar redovisas i avsnitt 6.5) eller som är av särskilt stor principiell betydelse.

Vi har i detta avsnitt inte utvärderat det vetenskapliga underlaget för de enskilda KAM-systemen och KAM-metoderna (men på några ställen noterat de stora skillnader i uppfattning som finns). Ett genomgående mönster – med en del undantag – är att KAM-förespråkare finner vetenskapligt stöd i litteraturen för sina metoder, medan forskare med bakgrund i den etablerade medicinen, särskilt de som företräder evidensbaserad medicin, finner att det saknas sådant stöd. Några orsaker till diskrepanserna är:

- Det finns skilda uppfattningar om vilka vetenskapliga paradigm som ska tillämpas när KAM-metoder utvärderas (se kapitel 14).
- Vad bedömningen av en studies vetenskapliga kvalitet ska baseras på varierar och ribban för vad som är acceptabel kvalitet sätts olika högt.

- Vissa metoder har utvärderats i ett större antal vetenskapliga studier men det råder oenighet om forskningens kvalitet och hur resultaten ska sammanställas och tolkas; exempel är akupunktur och homeopati.
- För många metoder saknas vetenskapliga studier – eller de är få, små, eller av undermålig kvalitet. Användningen bygger i stället på långvarig, ibland tusenårig, erfarenhet.

Några av de metoder som beskrivs här (t.ex. lymfmassage, mindfulness, badterapi och kelering) används inte bara inom integrativ, komplementär och alternativ vård utan på vissa indikationer även i hälso- och sjukvården.

Svenska utbildningar i KAM-metoder och utbildningskraven beskrivs på annat håll i denna utredning (kapitel 6).

Beskrivningarna av enskilda metoder bygger bara i begränsad utsträckning på vetenskaplig litteratur. Källorna har ofta varit läroböcker i KAM och presentationer från yrkesorganisationer och KAM-utövare. Vi har bara i undantagsfall kommenterat huruvida dessa presentationer är rättvisande eller om de bakomliggande teorierna är rimliga eller inte. De vanligaste invändningarna mot KAM redovisas i stället i kapitel 11.

Gruppering av KAM-system och KAM-metoder

Det finns en rad olika sätt att gruppera KAM-system och KAM-metoder. Till exempel använder sig det amerikanska *National Center for Complementary and Integrative Health* av endast tre kategorier (Natural Products, Mind and Body Practices, Other Complementary Health Approaches) (50), medan forskningsdatabasen PubMed listar 18 undergrupper under rubriken *Complementary Medicine* (51). Andra, som t.ex. den norska nationella informationsportalen, grupperar inte KAM-metoderna. I stället listar man 57 olika metoder i bokstavsordning (52).

I detta avsnitt beskriver vi först det vi benämner KAM-system. Dessa innefattar i sig flera olika terapimetoder och bygger oftast (men inte alltid) på specifika filosofier. Därefter har mer avgränsade terapier och diagnostiska metoder som är vanliga i Sverige eller är av principiell betydelse grupperats utifrån deras inriktning.

Sålunda har diagnostiska och terapeutiska metoder indelats i följande kategorier:

- diagnostiska metoder
- terapeutiska system
- manuella och andra kroppsinriktade terapier
- mind-body-terapier och psykologiskt orienterade terapier
- örtmediciner och andra terapeutiska preparat
- övriga terapier.

Ett särskilt avsnitt ägnas dessutom åt KAM under graviditet och förlossning.

Avsikten har inte varit att här redogöra för enskilda terapier i detalj utan att beskriva vissa gemensamma karaktäristika för varje grupp och ge exempel på det breda spektrum av KAM-metoder som finns.

Diagnostiska metoder

Många KAM-inriktningar innefattar diagnostik som grund för att välja specifik behandling. Här beskriver vi tre exempel på mer avgränsade diagnostiska metoder som används inom KAM utan att nödvändigtvis vara knutna till någon specifik behandling. Exemplen har valts för att belysa KAM-diagnostikens bredd.

Irisdiagnostik (genom inspektion av ögats regnbågshinna) har rötter från antikens Grekland. Metoden vidareutvecklades under slutet av 1800-talet för att diagnostisera sjukdomar och funktionsstörningar i kroppen genom att studera färger, ringar, fläckar och linjer i regnbågshinnan (53). Även bedömningar av ögonvitorna och ögonlocken kan ingå. Irisdiagnostik används i dag av bl.a. homeopater och utövare av naturopati (13).

Håranalys. Analyser av innehållet i hårstrån av mineraler, narkotiska ämnen och vissa andra ämnen förkommer inom rättsmedicin och arbetsmiljömedicin, men är i övrigt ovanliga i hälso- och sjukvård.

Inom KAM är håranalyser vanligare. Med spektralanalys söker man upptäcka mineralbrister och kroniska tungmetallförgiftningar.

De som genomför håranalyser framhåller att de med denna metod även kan upptäcka latenta sjukdomstillstånd. Analyserna brukar ligga till grund för terapeutiska åtgärder, t.ex. vitamin- och mineraltillskott eller kostomläggning (54).

Analys av levande blodceller. Vid levande blodanalys brukar analytikern och den undersökta personen tillsammans granska kapillärblod i mikroskop. Utövare av levande blodanalyser framhåller att de kan ge information om hälsotillståndet men inte ställa specifika sjukdomsdiagnoser. Till exempel säger man sig kunna bedöma aktivitetsnivån i immunförsvaret, förekomst av vissa typer av infektioner, kvaliteten hos röda blodkroppar, vissa näringsbrister, leverfunktion, risken för proppar och kärl- och hjärtbesvär samt skador av fria radikaler (55).

Terapeutiska system

Gemensamt för dessa system är att de i sig innefattar en rad olika terapier (varav några beskrivs längre fram i detta avsnitt). De flesta bygger dessutom på avgränsade filosofiska system eller åtminstone en övergripande uppfattning om hur kroppslig och själslig ohälsa uppkommer. Samtliga gör anspråk på att vara holistiska, bygger på uppfattningen om energiflöden och betonar vikten av energibalans. I några av systemen ingår också speciella former av diagnostik (t.ex. i ayurvedisk medicin, naturopati och funktionsmedicin).

Tabellen nedan sammanfattar vissa kännetecken hos dessa system. Samtliga system kan beskrivas som eklektiska, dvs. de använder sig av en rad olika terapier utifrån vad man anser vara den enskilda individens behov. De skiljer sig åt principiellt framför allt genom de filosofier de bygger på (vissa system saknar dock övergripande filosofi i egentlig mening) och vilken historisk bakgrund de har.

Tabell 9.1 Översikt över ett urval av KAM-system, listade efter deras historiska bakgrund

KAM-system	Historik	Ursprung	Holism	Energi-lära	Naturbaserade preparat	Kropps-terapi	Mind-body-terapi
Ayurvedisk medicin (55a)	Mångtusen-årig	Hinduism	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Yoga (57)	Mångtusen-årig	Hinduism Buddism Jainism Taoism	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Traditionell kinesisk medicin (56)	Mångtusen-årig	Taoism Konfucianism	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Samisk folkmedicin	Möjligen mångtusen-årig	Traditionell samisk kultur	Ja	?	Ja	Ja	Ja
Naturopati (natur-läkare) (58, 59)	1800-tal	Europeisk naturläkekonst	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antroposofisk medicin (17, 60)	Tidigt 1900-tal	Antroposofi (Rudolf Steiner)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Energimedicin/ frekvensmedicin (61)	1900-talet	Delvis New Age	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Funktionsmedicin (62, 63)	1990-talet	USA	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Ayurvedisk medicin är en form av indisk läkekonst med rötter som påstås sträcka sig tillbaka till 5 000 år före vår tid. Den ayurvediska tankevärlden utgår från hinduismens fem element som tillsammans skapar världen, inklusive människan. Ayurveda betonar en balans av tre elementära energier eller sinnesstämningar – balans mellan de tre energierna är avgörande för hälsan.

I den ayurvediska medicinen ingår såväl förebyggande som farmakologiska (t.ex. örtmediciner, preparat från djur och afrodisiaka), kirurgiska, psykiatriska, föryngrande och livsförlängande åtgärder. Vid ayurvedisk massage används, liksom vid aromaterapi, eteriska oljor.

I den indiska 5,5 år långa utbildningen till ayurvedisk läkare ingår såväl ”västerländsk medicin” som utbildning i hur ayurvedisk filosofi används i diagnostik och behandling. Under 1960-talet vann ayurveda insteg i Västeuropa och Nordamerika. Utifrån sökningar på nätet förefaller tre typer av verksamheter dominera i Sverige: ayurvediska preparat, ayurvedisk massage och utbildning i ayurvedisk medicin

för lekmän. Risker vid användning av vissa ayurvediska preparat beskrivs i avsnitt 9.4.

Yoga kan användas för att förbättra välbefinnandet men också för att behandla ohälsa och brukar då benämnas medicinsk yoga. Många av teknikerna vid medicinsk yoga är desamma som vid traditionell yoga men då oftast frikopplade från den livsfilosofiska-religiösa bakgrunden. De symtom som behandlas med medicinsk yoga kan vara utmattningstillstånd, ospecifik ryggsmärta och stresstillstånd. Medicinsk yoga tillämpas inom hälso- och sjukvården (då av fysioterapeuter) men betydligt oftare av icke-legitimerade terapeuter.

Den typ av yoga som är vanligast i Europa och Nordamerika härstammar från Indien med rötter som kan följas tillbaka åtminstone till 500- och 400-talen före vår tideräkning (57) (även om vissa källor anger ursprunget till de indiska högkulturerna omkring 3 000 år före vår tideräkning). Den har historiska knytningar till inte bara hinduism utan också till buddism och jainism. Kinesisk yoga utgår från den taoistiska filosofin och dess syn på människan och universum. Liksom den indiska yogan inrymmer den kinesiska olika fysiska, psykiska och andliga övningar. Qigong kan betraktas som en variant av kinesisk yoga (beskrivs under separat rubrik).

Den indiska yogan förekommer i en lång rad varianter som alla utgörs av komplexa system av övningar där målet är att behärska kropp och psyke och nå ett tillstånd av inre stillhet och insikt i verklighetens sanna natur (57). I systemet ingår särskilda kroppsställningar för att balansera kroppens energier, andnings- och koncentrationsövningar, meditation (se separat rubrik Meditation) samt processer för att rena kroppen. Genom gradvis ökad harmoni ska helhet nås, något som innebär att individens jag går upp i det kosmiska medvetandet – när detta uttrycks i religiös form talar man om att jaget förenas med Gud. I sina ortodoxa former innefattar indisk yoga även stränga levnadsregler och vegetarisk kost (57).

Yogans kroppsställningar innebär att man vrider, böjer och sträcker sig och behåller sin ställning orörlig under en viss tid, samtidigt som man håller kontroll över sin andning. Yogaställningarna sägs förbättra blodcirkulationen, vila nerverna, samordna körtelfunktionerna och hålla ryggrad och leder rörliga. Kroppsövningarna syftar till att harmonisera kroppen och anpassa den till den andliga utveckling man uppnår genom meditation (57). Koncentrationsövningarna kan innebära att man upprepar ett och samma ord, ett

mantra, som kan symbolisera livsanden, det gudomliga. Reningsprocesserna syftar till att avlägsna giftiga ämnen och tröghet ur kroppen. Några exempel är olika former av tarmsköljning, rensning av näsan samt, genom andningsövningar, rensning av hjärnan.

En grov skattning 2016 indikerade att det då fanns 3 500 yogalärare och 700 000 utövare av yoga i Sverige (osäkra uppgifter) (64). En rad företag och organisationer har integrerat yoga i sin företagshälsovård. Det finns även exempel på hur medicinsk yoga tagits upp av svenska vårdcentraler, sjukhus och patientorganisationer (65, 66).

Traditionell kinesisk medicin (TKM, eng. TCM[1]) är ett samlingsnamn för en rad traditionella behandlingsformer med mångtusenåriga rötter i Kina. TCM härstammar idémässigt från taoism och konfucianism. Ibland används begreppet också för terapier med japanskt, koreanskt och vietnamesiskt ursprung.

I motsats till västerländsk medicin lägger man i TKM liten vikt vid anatomiska strukturer utan identifierar i stället ett antal funktionella enheter och energibalanser som sägs reglera andning, temperatur, matsmältning, åldrande, etc. Hälsa tolkas som ett harmoniskt samspel mellan dessa enheter/energier och omvärlden, medan sjukdom tolkas som en disharmoni i samspelet.

I de flesta TKM-varianter ses diagnostiken som central. Den handlar framför allt om att ta reda på vilka obalanser det finns i kroppen och dess energisystem. Energiobalanser uttrycks ofta som brist eller överskott av yin eller yang. Utifrån den diagnos som ställs bestäms lämplig behandlingsmetod.

Behandlingar inom TKM syftar framför allt till att återställa energibalanser i kroppen. De terapiformer med bakgrund i TKM som är vanliga i Sverige – örtmediciner, akupunktur, akupressur, qigong och shiatsu – beskrivs under separata rubriker.

Det sentida intresset för TKM initierades av Mao Zedong i ett berömt tal 1950, där han framhöll TKM som en sjukvårdsmodell anpassad till Kina med dess högst begränsade materiella förutsättningar (67). WHO publicerade 1983 ett omfattande dokument om traditionell medicin, tydligt inspirerad av TKM. Sedan 2002 har WHO haft en strategi för att utveckla traditionell och komplementär medicin, reviderad senast 2013 (12). Vid en WHO-kongress 2008

[1] Förkortningen TCM har under senare tid kommit att användas även för *Traditional and Complementary Medicine*. I WHO:s strategidokument används förkortningen T&CM (12).

antogs Beijingdeklarationen som ytterligare lyfte fram betydelsen av traditionell medicin med referenser till TCM.

Samisk folkmedicin är ett system av behandlingar med rötter i traditionell samisk kultur men också med inslag av kristen religiös tradition. Samisk folkmedicin används vid såväl psykisk ohälsa som vid somatiska besvär. Utövare av samisk folkmedicin benämns ofta nåjder och deras ritualer brukar ses som en form av schamanism. Vid lindrigare åkommor är egenvård vanlig inom den samiska folkmedicinen. De behandlingar som i dag används innefattar bön, bruk av amuletter, örter och naturelement som vatten, mossa och sten (68, 69).

I en enkätundersökning i den nordnorska befolkningen uppgav 26 procent av samiska deltagarna att de någon gång i livet använt sig av traditionella medicinska metoder (70).

Naturläkare har, liksom många andra KAM-terapeuter, en holistisk ansats. En naturläkare (i anglosaxiska länder *naturopath*) litar till ”naturliga” åtgärder och preparat och till kroppens egna läkande förmåga (58). Läkningen sker med hjälp av kroppens vitalenergi som stimuleras genom bl.a. kostförändringar, kosttillskott och ökad fysisk aktivitet.

I den diagnostiska arsenalen kan ingå irisdiagnostik, håranalyser samt analyser av levande blodceller. Olika naturläkare kan använda sig av ett mycket brett spektrum av metoder, t.ex. örtmediciner (inklusive traditionella kinesiska läkemedel), homeopati, akupunktur, kinesiologi, osteopati, massage, reflexologi, ozonterapi, hydroterapi, fysioterapi, meditation och andra stresshanteringsprogram (59, 71).

Svenska Naturläkarförbundet bildades 1975 och organiserar yrkesutövare av naturläkekonst. Förbundet ställer vissa utbildningskrav för att någon ska få kalla sig naturläkare (72).

Antroposofisk medicin (AM) utvecklades i slutet av 1910-talet och början 1920-talet av den schweiziska läkaren Ita Wegman i nära samarbete med antroposofins grundare Rudolf Steiner (73, 74).

I AM talar man om tre system som styr kroppens funktioner: nerv-känselsystemet (främst beläget i huvudet), det motor-metaboliska systemet (främst i extremiteterna) samt det rytmiska systemet (främst i andnings- och cirkulationsorganen) (73).

Företrädare för AM säger att man utgår från en individuell helhetssyn och söker integrera kroppsliga, själsliga och existentiella

aspekter på sjukdom och hälsa. AM innefattar en rad olika metoder för att påverka en sjukdomsprocess i helande riktning: antroposofiska preparat och homeopatiska läkemedel, rytmisk massage, badterapi och konstnärligt inriktade terapier. Det förekommer också antroposofiskt inriktad psykoterapi och rådgivning. Detta används som komplement till metoder ur den etablerade medicinen, något som gör att AM brukar betraktas som exempel på integrativ medicin.

De antroposofiska preparaten, utöver de som kommer från homeopatin och hälso- och sjukvården, hämtas från växt-, djur- och mineralriket. Läkemedelsverket godkände 2014 mistelpreparaten Iscador och Helixor som växtbaserade läkemedel för användning i individualiserad palliativ cancervård som adjuvans till gängse terapi (75).

Antroposofins grundare Rudolf Steiner utvecklade konstformen eurytmi. När den används mot ohälsa talar man om läkeeurytmi (se separat rubrik Eurytmi). En rad andra konstnärliga aktiviteter kan också ingå i antroposofisk behandling, t.ex. skulptur, målning och teckning, musicerande samt antroposofisk talterapi som används också vid andra tillstånd än talsvårigheter (73).

Utbildningar i antroposofisk medicin finns i 30-talet länder (73). 1976 infördes i Tyskland särskild lagstiftning om vissa KAM-metoder, däribland antroposofisk medicin (”Besondere Therapierichtung”). Lagstiftning om komplementär och alternativ medicin (där även antroposofisk nämns) infördes i Lettland 2006 och Schweiz 2009 (76).

Antroposofiska sjukhus och antroposofiskt inriktade avdelningar inom konventionella sjukhus finns främst i Tyskland och Schweiz. I länder som Tyskland, Schweiz, Österrike, Holland, Italien, Brasilien och USA finns ett stort antal läkare utanför sjukhus som tillämpar antroposofisk medicin.

I Sverige företräds den antroposofiska medicinen främst av Vidar Rehab (tidigare Vidarkliniken) samt Vidar vårdcentral i Ytterjärna. Kliniken har tidigare haft avtal med flera landsting. I ett uppmärksammat beslut 2016 valde Stockholms läns landsting att inte förlänga sitt rehabiliteringsavtal med Vidarkliniken. Som huvudskäl angav man att det byggts upp tillräcklig rehabiliteringskompetens i det egna länet. Av ekonomiska skäl har Vidarkliniken därefter på eget initiativ avvecklat landstingsavtalen för slutenvård. Vidar vårdcentral har dock ett avtal inom primärvården med Region Stockholm (mars 2019).

Energimedicin och frekvensmedicin. Till de terapier som av utövarna beskrivs som energimedicin i bred mening hör healing, homeopati, akupunktur, zonterapi, massage, kostterapier, m.fl. (61, 77). Vissa utövare betonar att terapierna går ut på att förändra energiströmmarnas frekvens och de använder termen frekvensmedicin synonymt med energimedicin (61). Ibland har termen energimedicin också använts synonymt med andlig healing (utan religiös anknytning). I Sverige förefaller dock termen främst vara ett samlingsbegrepp som används för att brett beskriva terapier som bygger på att energier påverkar kroppslig och psykisk hälsa. Uppfattningen att kroppen har vissa energicentra, chakras, och energiströmmar är gemensam med bl.a. vissa former av yoga (inklusive qigong), meditation och kristallterapi. Inte sällan åberopas kvantfysiken och läran om elektromagnetiska fält när energimedicinens effekter förklaras.

Funktionsmedicin. Konceptet funktionsmedicin (FM) har sitt ursprung i USA på 1990-talet. FM har beskrivits som kliniskt tillämpad systembiologi fokuserad på samspelet mellan omgivningen och magtarm-, endokrin- och immunsystemen (62, 63). Definitionerna och avgränsningarna av FM har kritiserats för att vara medvetet vaga (78).

FM bygger på aktuell biomedicinsk forskning, t.ex. hur omgivnings/miljöfaktorer samverkar med gener och hur biokemiska signalvägar och cellens försvars- och reparationsmekanismer fungerar (63). Förespråkarna för FM menar att denna kunskap bör användas för att finna rätt terapi för individen.

FM är främst inriktad på att behandla patienter med kroniska sjukdomar och innefattar många livsstilsinsatser som används också inom hälso- och sjukvården. Dit hör kostråd, sömnråd, fysisk aktivitet, rökstopp och stresshantering. Dessutom förekommer interventioner som inte tillämpas i hälso- och sjukvården (eller finns i gränszonen), t.ex. råd om elimineringsdieter, ortomolekylär medicin med kosttillskott (vitaminer, mineraler, essentiella fettsyror; se separat rubrik), detox-behandling (avgiftning), örtmediciner, akupunktur, manuella terapier samt mind-body-tekniker som meditation, biofeedback och visualisering (63).

Den vittomfattande definitionen av FM har lett till att man ibland också inbegripit homeopati, specifik sjukdomsdiagnostik som inte är accepterad inom hälso- och sjukvården samt motstånd mot vaccinationer (79).

I Sverige finns sedan 2015 ett fåtal läkarmottagningar inriktade på FM samt korta utbildningar till funktionsmedicinsk näringsrådgivare/terapeut.

Manuella och andra kroppsinriktade terapier

Kiropraktik, naprapati och osteopati. Utövare av tre närliggande terapiformer arbetar med att ställa diagnos, behandla och rehabilitera smärttillstånd och funktionella besvär i rygg, leder och muskler: kiropraktorer, naprapater och osteopater. I Sverige är kiropraktor och naprapat, men inte osteopat, legitimationsyrken med skyddad yrkestitel. Kiropraktorer och naprapater står därmed under granskning från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Alla tre yrkena har egna branschorganisationer.

Kiropraktor och naprapat är legitimationsyrken och tas inte med i denna utredning. Osteopati förekommer i liten omfattning i Sverige. Att vi ändå här ger en ytterst kortfattad orientering om de tre kroppsterapierna beror på att de i regel tas upp i facklitteraturen på KAM-området och att terapierna också i andra sammanhang inte sällan presenteras som KAM-metoder.

Kiropraktiken utvecklades i USA kring förra sekelskiftet. Den hade initialt starka inslag av spiritism, men dagens utövare framhåller att de utgår från en biopsykosocial modell med helhetssyn på människan. Den vanligaste tekniken är snabb manipulation av leder (inklusive kotleder) och mjukdelar.

Naprapatin utvecklades i USA som en utbrytning ur kiropraktiken. Genom att naprapatin lägger särskild vikt vid töjning och att även massage, värme- och ultraljudsbehandling m.m. ingår, uppfattas den som en ”mjukare” manuell behandlingsform än kiropraktiken.

I många europeiska länder dominerar kiropraktiken klart. Sverige är ett av de få länder där naprapatin har kommit att inta en dominerande ställning gentemot kiropraktiken.

Osteopatin, med ursprung i USA i slutet av 1800-talet, har följt en egen utvecklingslinje men i praktiken har kiropraktik, naprapati och osteopati kommit att ligga nära varandra. Till skillnad från kiropraktiken men i likhet med naprapatin använder osteopater

huvudsakligen mjuka manuella tekniker i syfte att förbättra kroppens funktioner. I USA är osteopat ett legitimationsyrke, Doctor of Osteopathic Medicine, D.O., jämställt med läkare, M.D.

Massage finns i en uppsjö av olika varianter, några av dem med tusenåriga traditioner. Massageterapi används både inom och utom hälso- och sjukvården för att förebygga, lindra eller bota sjukdom. Utöver tillstånd i rörelseapparaten behandlar man med massage även personer med t.ex. huvudvärk och stress- och utmattningstillstånd.

Vi beskriver här några av de massageterapier som är vanliga i Sverige, men enbart sådana som används för att bota ohälsa.

Svensk massage (detta begrepp används också internationellt) bygger huvudsakligen på knådning (80). Syftet är vanligen att motverka stress och minska muskelspänningar och därigenom lindra smärta och värk (81). Massagen utgår från biomedicinska koncept och psykosomatiska mekanismer. Det finns inget underliggande filosofiskt system, inte heller någon uppfattning om kroppsenergier.

Taktil massage (också utvecklad i Sverige) innebär ytlig beröring. Syftet är att denna terapiform ska vara rogivande och tekniken används bl.a. i behandlingen av oroliga personer med demens (82). Liksom svensk massage saknas underliggande filosofier och behandlingen baseras på biomedicinska koncept och psykosomatiska mekanismer.

Thaimassage utgår från föreställningar om energilinjer, energicentra och energibalans. Under behandlingen är kunden/patienten löst påklädd. Yogaliknande positioner intas. Terapeuten använder inte knådning utan mest rytmiska tryck och tänjningar. Syftet är avslappning, lindring av muskelvärk och gynnsam humörpåverkan. Det finns också terapeuter som gör anspråk på att förbättra cirkulationen (83).

Ayurvedisk massage syftar bl.a. till avslappning och till att förbättra lymfdränage (och sägs på så sätt rena kroppen) och påverka immunsystemet. Ofta används eteriska oljor.

Antroposofisk massage innefattar rytmisk insmörjning, rytmisk massage, och Presselmassage (som utförs omväxlande på benen och på ryggen för att verka utjämnande och balanserande på ”ensidigheter” hos patienten).

Akupressur bygger på samma kinesiska lära om meridianer som akupunktur. I stället för nålar används tryck och massage av punkter längs meridianerna för att lindra smärta, illamående, magbesvär m.m.

Shiatsu härstammar från traditionella japanska massagetekniker. Behandlingen går ut på att främja energiflöden och återställa en rubbad energibalans. Till skillnad från klassisk svensk massage ”knådas” inte musklerna utan de behandlas genom tryck, gungningar och stretching.

Lymfmassage/lymfdränage introducerades på 1930-talet som en metod att behandla kroniska bihåleinflammationer och immunsjukdomar. Genom kompression och rytmiska rörelser avser man att stimulera lymfflödet. Metoden används i svensk hälso- och sjukvård främst vid svullnad efter canceroperation och strålbehandling och utförs då av medicinska lymfterapeuter (utbildningskrav men inte legitimationsyrke). Den används också av lymfterapeuter utanför hälso- och sjukvården och sägs då bl.a. leda till att skadliga ämnen avlägsnas snabbare ur kroppen (”rening av lymfsystemet”) och brukar beskrivas som smärtstillande, lugnande och gynnsam för välbefinnandet.

Rosenmetoden bygger på uppfattningen att människors skydd mot smärtsamma upplevelser tar sig kroppsliga uttryck, främst i form av spänningar och kronisk smärta i muskler och leder. Genom bl.a. mjuka massageliknande rörelser söker man integrera kroppsliga, emotionella och mentala erfarenheter.

Utbildning och certifiering. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund har sigill på tre nivåer för massörer och andra yrkeskategorier: kvalitetssäkrad, kompetensutvecklad och auktoriserad (84). Dessutom certifierar Branschrådet Svensk Massage (85) och Branschorganisationen Medicinsk Massageterapi (86) massörer och medicinska massageterapeuter på grundval av de utbildningar de genomgått.

Akupunktur härstammar från traditionell kinesisk medicin och bygger på kinesiska filosofier som konfucianism och taoism. Man beskriver hur det i kroppen finns energier (qi), energiflöden och energicentra längs meridianer, som följer såväl yttre som inre banor. De yttre är tillgängliga för påverkan med fina nålar, vilka placeras på specifika akupunkturpunkter längs meridianerna, olika punkter beroende på vilken sjukdom eller vilka symtom individen har.

Efter ett snabbt övergående intresse för akupunktur i Europa och USA under 1800-talets första hälft, togs metoden på nytt upp i höginkomstländer på 1970-talet och har sedan dess spridits i många olika varianter. Inom hälso- och sjukvården används akupunktur framför allt av fysioterapeuter med kort utbildning i metoden.

Många svenska akupunktörer har övergivit tanken på att energiflöden påverkas. I stället hänvisar de till mer biomedicinska förklaringar som direkt nervpåverkan med smärtblockering eller lokal hormonfrisättning (endorfiner).

Vanligen stimuleras akupunkturstället manuellt, men stimuleringen kan också ske genom att elektrisk ström leds till nålen (elektroakupunktur), eller genom att tillföra värme eller använda laserljus (87). Närbesläktade tekniker är akupressur, då energipunkter stimuleras manuellt utan nål, eller moxibustion (örtbränning – vissa örter, oftast gråbosläktingar, bränns på punkter längs meridianer, en teknik som också den härstammar från Kina).

Akupunktur används vid snart sagt varje tillstånd av fysisk och psykisk ohälsa, allra vanligast som smärtlindring vid t.ex. spänningshuvudvärk och migrän. Riskerna är i regel mycket små men det förekommer i sällsynta fall att viktiga organ punkteras (avsnitt 9.4). Det råder rimlig samsyn om att akupunktur har gynnsamma effekter vid åtminstone vissa tillstånd av ohälsa när man jämför med ingen behandling alls. Däremot finns skilda uppfattningar om detta kan tillskrivas specifika eller ospecifika effekter av akupunktur (1, 48).

Svenska Akupunkturförbundet organiserar över 270 utövare av akupunktur. Därutöver finns i Sverige ett obekant antal andra utövare, bl.a. från Kina. Akupunkturförbundet har på sin politiska agenda momsbefrielse, skyddad yrkestitel med myndighetstillsyn samt forskning och projekt med traditionell kinesisk akupunktur finansierad via skattemedel[2] och privata donationer (88).

Zonterapi innebär att man genom tryck på vissa punkter på fötter eller händer söker nå avslappning och bot av symtom från kroppsdelar som är representerade i dessa tryckpunkter (89). Utövare av zonterapi anser att kroppen är indelad i lodräta skikt (zoner) och att kroppens alla organ därför är kopplade till specifika punkter på fötter och händer. Vid obalans eller sjukdom reagerar zonpunkterna för respektive organ med att ömma. Genom att applicera tryck på dessa punkter stimuleras energi och blodgenomströmning till det sjuka området.

I engelskspråkiga länder används ofta uttrycket ***reflexologi*** i stället för zonterapi (och är då synonymt). I Sverige framhåller vissa utövare att reflexologin är en distinkt egen behandlingsmetod, där man

[2] Se utredningens kartläggning av svensk KAM-forskning, bl.a. om akupunktur, kapitel 13.

inte bara tar hänsyn till zonerna utan även till de anatomiska förhållandena (90). En särskild svensk variant benämns helkroppzonterapi (helkroppsreflexologi) – även tryckpunkter på andra ställen, t.ex. öronen, stimuleras.

Exempel på tillstånd som behandlas av zonterapeuter och reflexologer är värk i axlar, skuldror och rygg, migrän, astma, hudbesvär som eksem och psoriasis, mag- och tarmstörningar, gall- och leverbesvär samt barnlöshet (89, 90).

Feldenkraismetoden använder sig av rörelseövningar som syftar till att öka självmedvetenhet och ”dynamisk hållning” (91). Metoden är delvis inspirerad av rörelseövningar i den japanska kampsporten judo. Självbilden ska förfinas genom att urskilja och varsebli specifika sensoriska förnimmelser för att kunna bryta invanda handlingsmönster och beteenden. Rörelserna kan utföras aktivt eller passivt (av terapeuten). Metoden brukar användas bl.a. i rehabilitering av patienter med neurologiska skador samt för personer med led- och muskelsmärtor.

Mind-body-terapier och andra psykologiskt orienterade terapier

Många KAM-terapier bygger på uppfattningen att kropp, själ, känslor och ande (andra termer används också) står i ett dynamiskt samspel med varandra. Själva holismbegreppet inbegriper detta synsätt. Det saknas en allmänt accepterad svensk term för denna grupp av terapier. Vi har valt den vanligaste termen i internationell litteratur (som för övrigt används vanligast också i Sverige): mind-body-terapier.

Inom de flesta mer omfattande KAM-system är mind-body-terapier centrala: ayurvedisk medicin, yoga, många grenar av traditionell kinesisk medicin, naturopati, antroposofi och funktionell medicin. Individens erfarenheter av psykisk stress och traumatiska upplevelser uppfattas påverka kroppens reaktioner på olika stimuli, något som kan ge upphov till fysiska symtom. Denna uppfattning ligger nära den som finns inom hälso- och sjukvården och då vanligen benämns psykosomatik.

De KAM-metoder som inte innehåller kroppsliga element utan är mer specifikt inriktade på att påverka individens psyke kan dels syfta till avslappning (t.ex. meditation och autogen träning), dels till

att mer aktivt påverka psykiska fenomen (t.ex. healing och reinkarnationsterapi).

Inom båda dessa huvudströmningar finns ett otal varianter. Här tar vi bara upp ett par exempel.

Medicinsk yoga beskrivs tidigare i detta avsnitt som ett KAM-system. I detta system är mind-body-terapi en central komponent.

Qigong betraktas som en av de fem huvudmetoderna inom traditionell kinesisk medicin. Metoden innebär mental koncentration, enkla rörelser och andningsövningar i syfte att förbättra energiflödet i kroppen och därigenom förebygga och behandla sjukdomar. Kinesisk filosofi, andliga traditioner och krigskonst har bidragit till utvecklingen av qigong (92).

Qigong lär finnas i över 2 000 olika varianter. I Sverige är Biyunmetoden och Zhineng qigong de mest kända. I båda varianterna ingår avslappning, meditation, naturlig andning, koncentration och rörelser som ska tillföra livsenergi (qi) till kroppen eller organiserar de energier som redan finns (92).

I Sverige används qigong huvudsakligen utanför hälso- och sjukvården. Men metoden har också kommit att tillämpas i hälso- och sjukvården för bl.a. stresshantering, behandling av utbrändhet och i äldrevården. Qigong kan skrivas ut av läkare som FAR (fysisk aktivitet på recept) och vissa landsting erbjuder qigong mot vanlig patientavgift.

Eurytmi var ursprungligen en rörelsebaserad konstform inom antroposofin, men har kommit att användas även inom den antroposofiska pedagogiken och vården (och benämns då läkeeurytmi). Läkeeurytmi används vid ohälsa av många olika slag och kan innehålla såväl kognitiva, känslomässiga som viljemässiga element. Rörelserna utförs oftast till musik eller poesiuppläsningar. Det rytmiska inslaget är centralt (93, 94).

Utbildning i eurytmi sker inom ramen för det antroposofiska utbildningssystemet. Läkeeurytmiföreningen i Sverige är en ideell samarbetsorganisation för diplomerade läkeeurytmister (95).

Meditation är ett sammanfattande begrepp för metoder för kroppslig och mental avslappning i kombination med koncentration på något föremål, föreställning eller företeelse. Inom många av världsreligionerna (t.ex. kristendom, buddism, hinduism och taoism) spelar meditationen en viktig roll.

Syftet med tekniken är att stilla sitt sinne, nå ett inre lugn och öka välbefinnandet. Man brukar tala om att lära sig känna sitt sinne, öva det och frigöra det (96). I många varianter av meditation är syftet också att balansera och stärka kroppens energier (96). Meditation sägs ofta ha som mål att främja medkänsla, kärlek, tålamod, generositet och förmåga att förlåta men har även tillskrivits rent kroppsliga effekter som sänkt blodtryck, sänkt puls, sänkt andning och sänkt ämnesomsättning. En variant som fått särskilt genomslag i höginkomstländer är *transcendental meditation*™, knutet till ayurvedisk medicin och numera varumärkesskyddat.

Vissa varianter av meditation har delvis tagits upp i den svenska hälso- och sjukvården som behandlingsmetoder. Så t.ex. är *mindfulness* (medveten närvaro) en specifik behandlingsmetod som börjat vinna insteg i psykoterapin. Vid mindfulness tränas koncentration och uppmärksamhet (97). En grundtanke är att detta ger större möjlighet att påverka det enda som vi faktiskt kan påverka – nuet. Tankar på det förgångna och oro inför framtiden trängs undan. Träning i mindfulness används ofta i psykoterapi för personer som lider av t.ex. stress, ångest och nedstämdhet men även i behandlingen av borderline personlighetssyndrom.

Många svenska företag och organisationer erbjuder meditation inom ramen för sin företagshälsovård. Region Skåne har etablerat ett *Mindfulness and Compassion Center for Research and Education* (MCC), en forsknings- och kunskapsplattform för Skånes primärvård (98). Regionfullmäktige beslutade i juni 2018 att erbjuda utbildning i mindfulness till vårdcentraler i Skåne.

Visualisering (eng. guided imagery) utvecklades på 1970- och 1980-talen, först inom idrottspsykologin. Terapeuten hjälper en person att framkalla mentala bilder. Dessa bilder, som kan gälla syn- och ljudintryck, smaker och lukter, beröring, händelser och andra upplevelser, ska återskapa genuina känslor (99). Till de sjukdomstillstånd som behandlas med visualisering hör stress, ångest, depression, sorgereaktioner och posttraumatiska stressyndrom. Merparten av terapeuterna arbetar utanför hälso- och sjukvården men metoden finns på sina håll också inom hälso- och sjukvården.

Autogen träning är en psykoterapeutisk behandlingsmetod inriktad på avslappning och självhypnos som utvecklades i Tyskland på 1920-talet. Patienten behandlar sig själv, är sin egen instruktör

och instrueras i ett träningsprogram där det bl.a. ingår meditationsliknande tekniker (100). Enligt metodens förespråkare har den en rad positiva effekter som att motverka fysisk och psykisk trötthet, sömnstörningar, negativ stress, oro, ångest, astma, högt blodtryck, m.m.

Healing innebär att man genom andliga eller spiritistiska metoder avser att behandla sjukdomar (101). Inom kristendomen brukar man med healing avse bot av sjukdom genom bön, förbön och handpåläggning (helbrägdagörelse). I Sverige har sedan 1900-talets början framför allt pingströrelsen, Livets Ord och Jesu Kristi Kyrka av Sista Dagars Heliga (mormonkyrkan) förknippats med helbrägdagörelse.

Det finns även icke-religiösa varianter av healing där gudstro inte ses som nödvändig – i stället brukar man framhålla att det är människors egna andliga energi som mobiliseras under healing. Icke-religiös healing har varit nära förknippad med New Age-rörelsen (30).

Reiki är en form av healing som utvecklades i Japan på 1920-talet och som nått betydande genomslag i höginkomstländer. Från terapeutens händer överförs universalenergi (qi) till den som behandlas – kroppens energier sägs balanseras. Förutom att verka lugnande och främja sömnen gör reiki anspråk på att stärka immunförsvaret och kroppens naturliga förmåga till läkning, rena kroppen från gifter och slaggprodukter, lindra smärta, normalisera blodtrycket, minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar samt förbättra intuition och kreativitet (13, 102).

Schamanism. Vid terapi baserad på schamanism försätts en person i förändrat sinnes- eller medvetandetillstånd. Avsikten är att samverka med andevärlden och använda de erfarenheterna för att hantera problem i verkliga livet (103). En schaman sägs ha förmåga att upprätta kontakter med goda och onda krafter ur andevärlden och påverka dessa. Schamanen försätter sig i rituell trans och har under transen förmåga att spå och behandla sjukdom.

Schamanismen har djupa rötter i folktron i många kulturer världen över. Ett förnyat intresse uppstod i höginkomstländer i samband med New-Age-rörelsen (neoschamanism) (30, 104). Det har diskuterats i vad mån ”äkta” schamanism kan tillämpas utanför sitt ursprungliga sociala och kulturella sammanhang. Det finns religionshistoriker som likställt schamanism med religiös extas. De har då betraktat kristen extas och andeutdrivning som varianter av schamanism (103).

I behandling av ohälsa ligger schamanismen nära healing. Liksom vid healing saknas begränsningar för vilka tillstånd som behandlas. När onda andar/demoner jagas bort återställs den kroppsliga och själsliga balansen.

Hypnoterapi är en form av suggestionsterapi, där patienten ibland, men inte alltid, försätts i ett transliknande tillstånd. Det kan ske med hjälp av en terapeut, men patienten kan även få lära sig tekniker för att själv försätta sig i detta tillstånd (105). Avsikten är att patienten under hypnoterapin ska koncentrera sig på en specifik tanke, ett minne eller en känsla (13). Det vanliga är att patienterna minns vad som skett under hypnosen.

Hypnoterapi används både inom och utom hälso- och sjukvården för exempelvis smärtlindring, behandling av fobier, stress, ångest och symtom från buken. Inom tandvården används hypnoterapi mot smärta och vid tandläkarskräck. Hypnoterapi ingår numera som vetenskapligt dokumenterad behandling i de riktlinjer för behandling av tarmsjukdomen IBS som Svensk gastroenterologisk förening tagit fram (106).

Reinkarnationsterapi. Denna terapiform bygger på att händelser i tidigare inkarnationer återupplevs i syfte att lösa upp låsningar i personligheten (107). Ofta används i stället termen hypnotisk regression. Utgångspunkten för reinkarnationsterapin är att livet inte börjar i och med befruktningen, utan att liv, död och återfödelse är ett kontinuerligt cykliskt förlopp som ständigt upprepas. Händelser som har inträffat vid födelsen, i moderlivet eller i tidigare liv sägs lagras i medvetandet. Sådana händelser antas fortsätta att prägla känslor, tankar och beteende i ett senare liv.

Terapin går ut på att under lätt hypnos medvetandegöra dessa oavslutade händelser under tidigare liv. Den ska bidra till att gamla känslor av exempelvis skuld löses upp och personen kan befrias från tvångsmässiga beteenden som styrts av tidigare händelser (107).

Örtmediciner och andra terapeutiska preparat

Örtmedicinsk terapi har en synnerligen lång tradition såväl inom som utom den etablerade medicinen. Det var inte förrän långt in på 1900-talet som örtmedicinen fick träda tillbaka för industriellt

tillverkade syntetiska läkemedel. En rad läkemedel som används i dagens hälso- och sjukvård har sitt ursprung i medicinalväxter.

Ibland används termen *fytoterapi* synonymt med örtmedicinsk behandling, ibland reserveras den för nyare örtmedicinska preparat baserade på vetenskapliga principer. Läkemedelsverket skiljer på *växtbaserade läkemedel* och *naturläkemedel*. I ett växtbaserat läkemedel utgörs den verksamma beståndsdelen uteslutande av växtbaserade material eller växtbaserade beredningar. Ett naturläkemedel baseras däremot på en djurdel, bakteriekultur, mineral eller salt (108).

Till skillnad från homeopatiska läkemedel – där också växtbaserade preparat är vanliga – innehåller ”vanliga” örtmediciner oftast betydande mängder av verksamma substanser. Samtidigt som detta ger förutsättningar för gynnsamma terapeutiska effekter, kan det medföra biverkningar och ogynnsam samverkan (interaktion) med etablerade läkemedel.

Kartläggningar har visat att betydande delar av den svenska befolkningen regelbundet eller tillfälligt använder örtmediciner i förebyggande, symtomlindrande eller botande syfte (se avsnitt 6.5). I låginkomstländer, där etablerade läkemedel ofta är kostsamma för användarna, har örtmediciner och andra typer av naturpreparat ofta blivit de enda mediciner som i praktiken är tillgängliga. Dessa preparat används vid en lång rad symtom och sjukdomstillstånd. Dit hör astma, eksem, menstruations- och klimakteriebesvär, reumatisk sjukdom, migrän, trötthet, sömnsvårigheter och mag-tarmbesvär (109).

Användning av örtmediciner är central i många komplementära och alternativa system, t.ex. i ayurvedisk och traditionell kinesisk medicin. Inom ayurvedisk medicin används mer än 800 olika örtmedicinska beredningar (13).

När örtmediciner säljs i Sverige kan det ske antingen inom eller utom Läkemedelsverkets reglering. Något som säljs utanför regleringen i t.ex. hälsokostaffärer får inte benämnas läkemedel och inte säljas med medicinska påståenden utan brukar marknadsföras som hälsofrämjande té eller liknande.

Den svenska regleringen (vilken utgår från EU:s reglering) kring växtbaserade läkemedel, traditionella växtbaserade läkemedel och naturläkemedel beskrivs närmare i avsnitt 5.2.

Homeopati. Enligt ett gemensamt dokument från tre yrkesorganisationer för homeopater är de centrala grundreglerna för homeopatin (110) (förkortat i detta referat):

- Läkemedelsprövning på friska. Genom läkemedelsprövning på friska människor får man fram läkemedlens ”rena symtom”.
- Similiprincipen: Om en substans framkallar symtom hos en frisk person, är det möjligt att med samma substans bota liknande symtom hos en sjuk.
- Individuellt sjukdomsbegrepp: Störningen betraktas som kvalitativ avvikelse från ett – individuellt beskrivet – friskt tillstånd och definieras som samverkan av tecken och symtom.

Potensering (även kallad *dynamisering*) är ett annat centralt begrepp inom homeopatin: ett läkemedels verkningsgrad ökar med utspädningen. Detta brukar förklaras av att en substans har såväl fysiska som andliga egenskaper. Genom potenseringen sägs energi frigöras från den substans man vill använda i behandlingen. Potenseringen eliminerar också skadliga ämnen ur den substans som späds. Enligt den homeopatiska läran måste homeopatiska läkemedel vara tillverkade enligt en särskild process som innefattar kraftfull skakning.

Råvarorna till de homeopatiska läkemedlen härstammar i huvudsak från naturen (växter, djur och mineraler/metaller). Homeopatiska läkemedel som säljs i Sverige ska vara registrerade av Läkemedelsverket, se avsnitt 5.2.

Som framgår av grundprinciperna utgår den homeopatiska behandlingen inte från medicinska diagnoser eller namn på sjukdomar utan från de symtom individen har. Det sjuka sitter inte i enskilda organ eller kroppsliga system utan i hela människan. Företrädare för homeopatin framhåller därför vikten av en individuell och holistisk människosyn.

Exempel på de tillstånd som behandlas av homeopater är öronnäs- och halsinfektioner, huvudvärk/migrän, hudproblem, led- och muskelvärk, kronisk trötthet, hormonella problem, mag- och tarmbesvär, astma, allergi, sömnproblem, nedstämdhet och nervösa besvär.

Homeopati har varit föremål för ett stort antal vetenskapliga studier och systematiska kunskapsöversikter. Enbart i det internationella Cochrane-nätverket finns 14 systematiska översikter. Genomgående har det varit svårt att påvisa gynnsamma effekter. Organisationen *European Federation of Academies of Sciences and Humanities* (där bland andra Kungliga Vetenskapsakademin ingår) har år 2018 uttalat att homeopatins anspråk är orimliga och inte förenliga med

vedertagen vetenskap (111). Företrädare för homeopatin, andra KAM-förespråkare och vissa oberoende forskare har ifrågasatt metoderna för utvärdering eller hur studier sammanställts i de systematiska översikterna (1, 13, 112).

Aromaterapi. Vid aromaterapi används aromatiska eteriska oljor extraherade ur träd, buskar och örter (113). Oljorna kan värmas upp i särskilda aromalampor, tillföras i bad eller användas vid massage. Doften från oljan sägs påverka de delar av hjärnan som kontrollerar hormonsystemet, något som i sin tur påverkar sinnesstämningen, stressnivån, ämnesomsättningen och könsdriften. Oljorna tillskrivs även andra läkande egenskaper som att stimulera immunförsvaret och hämma inflammation. I Sverige förefaller metoden främst användas vid stresstillstånd. Så långt vi kunnat utröna används den sällan i hälso- och sjukvård.

Övriga terapier

Vi har valt att inte gå igenom alla de övriga KAM-metoder som finns tillgängliga i Sverige (redan 1989 års alternativmedicinutredning listade 227 olika terapiformer). För att ändå illustrera bredden tar vi här upp några få typer av KAM-terapi som representerar helt olika behandlingsprinciper.

Kostterapier. I många av de KAM-system som beskrivits ovan ingår kostråd. Det gäller t.ex. medicinsk yoga, funktionell medicin, naturopati och energimedicin. Inte sällan ligger kostråden nära de som myndigheter rekommenderar och de som lärs ut inom hälso- och sjukvården vid specifika sjukdomar.

Koster som i första hand går ut på att förändra kostens innehåll av makronutrienter (proteiner, kolhydrater, fett och energi) är ofta föremål för debatt. Till sådana koster hör LCHF, 5:2 och stenålderskost. När nya kostvarianter lanseras finns vissa komponenter av det som brukar kännetecknа KAM, t.ex. att man vänder sig mot ”etablissemanget” eller hänvisar till kulturella och historiska rötter.

Därtill kommer en rad eliminationskoster och olika former av kosttillskott. Här finns uppenbara gränsdragningsproblem – ska vissa koster och kosttillskott sägas vara KAM? Vi har valt att inte generellt innefatta dem i KAM-begreppet. Här ges endast ett

exempel på en kostterapi som rönt betydande uppmärksamhet under senare år och som tydligt faller inom KAM-sfären.

Ortomolekylär medicin bygger på biokemiska principer om vilka ämnen kroppen behöver för att kunna fungera (114). Brist på vitaminer, mineraler och vissa fettsyror leder till specifika bristsjukdomar. En central uppfattning inom ortomolekylär medicin är att många mentala sjukdomar kan korrigeras genom stora tillskott av specifika näringsämnen och molekyler, alla naturegna. I dag finns särskilt stort intresse att behandla personer med ADHD enligt ortomolekylära principer. Med tiden har den ortomolekylära medicinen vidgats till att tillämpas inte bara vid psykiska utan även vid många somatiska sjukdomar. Svenska Sällskapet för Ortomolekylär Medicin (SSOM) är en ideell förening med målsättningen att öka kunskapen om ortomolekylär medicin bland allmänheten i Sverige och bland svenska vårdgivare och forskare (114).

Badterapi har tusenåriga traditioner och förekommer i ett flertal olika former. Baden kan vara varma eller kalla, med och utan massage (manuell eller i bubbelpool), vara konventionella eller i form av ångbad. När badet sker i mineralrikt vatten (kisel, svavel, selen, radium, etc.) för att behandla sjukdom, något som i århundraden varit en central aktivitet vid kurorter, talar man om *balneoterapi*. När havsvatten används brukar man använda benämningen *thalassoterapi*. Ofta tillsätts örter till badvattnet men behandlingen kan också innefatta lerinpackningar. Badterapi är en viktig komponent inom naturopatin (13).

Badterapi sägs vara till nytta främst vid sjukdomar i skelett, leder och muskler men också vid hudsjukdomar som psoriasis och eksem. Badterapi har tidigare varit vanlig inom hälso- och sjukvården vid behandling av allvarlig psykiatrisk sjukdom, t.ex. schizofreni, men dessa indikationer har numera övergivits. I Sverige har vissa sjukhus och andra rehabiliteringsverksamheter haft badterapibassänger. Verksamheternas långsiktiga nytta har ifrågasatts och inte sällan betraktas de som en del av den komplementära eller integrativa medicinen. Badterapi vid artros i knä- och höftleder har prioriterats mycket lågt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (115).

Kelering. Vid kelering används kemiska substanser för att binda skadliga ämnen och på så vis eliminera dem ur kroppen via urinen (116). Inom hälso- och sjukvård används kelering vid vissa inlagringssjukdomar (t.ex. när skadliga mängder järn eller koppar lagras i

kroppen) eller vid förgiftningar med tungmetaller. Behandlingen ges som injektion eller dropp.

Användningen av kelering inom KAM bygger på uppfattningen att många vanliga sjukdomar orsakas av skadlig anhopning av tungmetaller i kroppen. Som KAM-terapi har kelering blivit särskilt uppmärksammad (med mycket omstridda resultat) vid kranskärlssjukdom (kärlkramp och hjärtinfarkt) (117) och autism (118).

Kristallterapi. Vid kristallterapi används kristaller, oftast bergkristaller, i energibalanserande syfte eller som schamanskt kraftföremål (119). Kvartskristaller anses alstra elektromagnetisk energi och förstärka livskraftens rytmiska svängningar. En kristallterapeut sägs kunna tillföra färg och ljus till kroppens energifält genom att placera kristaller och stenar i olika färger på kroppens energicentra (chakras). När en kristall bärs på kroppen, t.ex. runt halsen, uppges den kunna allmänt stärka motståndskraften mot ohälsa, motverka stress och harmonisera kroppens energier.

KAM-metoder under graviditet och förlossning

I stället för att utgå från metoder har vi i detta avsnitt utgått från ett tillstånd, nämligen graviditet och förlossning, detta eftersom det är vanligt att KAM-metoder då används och att deras användning debatteras.

I många länder erbjuder hälso- och sjukvården KAM-metoder under graviditet och vid förlossning. När chefer inom tysk förlossningsvård tillfrågades, uppgav de allra flesta att man vid kliniken erbjuder KAM-metoder som akupunktur och homeopati. Hälften erbjuder även aromaterapi (120). Den stora majoriteten förlossningsläkare i USA erbjuder också någon form av KAM, vanligast rörelseterapi och biofeedback, i något mindre utsträckning örtmediciner och homeopati (120).

I sammanställningar av studier där man kartlagt barnmorskors användning av KAM-metoder (i vilka avgränsningarna dock skiljer sig) uppger majoriteten av barnmorskorna i de undersökta länderna att de använder sig av KAM-metoder (121). I en kartläggning genomförd 2004–2005 uppskattade svenska barnmorskor att de använde akupunktur i 25 procent av förlossningarna och injektion av sterilt vatten (”placebo”) som smärtstillande i 2 procent (122).

I systematiska översikter av den vetenskapliga litteraturen varierar den andel av kvinnorna som uppger att de använt örtmediciner under graviditeten från under 10 procent till över 70 procent (120, 123). Inga svenska studier fångades i denna översikt. I en norsk studie uppgav 40 procent att de använt örtmediciner och 4 procent homeopatiska preparatunder graviditeten (120).

Samtliga siffror över användningen av KAM ska betraktas som ungefärliga på grund av variationer beträffande definitioner, svarsfrekvens på enkäter och studiekvalitet.

Som framgår av tabell 9.2 beskriver facklitteraturen en lång rad KAM-metoder som används under graviditet och förlossning. Till detta kommer att många kvinnor använder kosttillskott av vitaminer och mineraler under graviditeten (120).

Tabell 9.2 Exempel på KAM-terapier som används vid olika tillstånd förknippade med graviditet och förlossning. Informationen är hämtad från en rad källor, bl.a. (124–129)

Tillstånd	Exempel på metod/-er
Nedsatt fertilitet	Örtmediciner, akupunktur
Allmänt hälsofrämjande under graviditet	Örtmediciner, homeopatiska läkemedel
Illamående under graviditet	Akupunktur, akupressur, örtmediciner
Oro och ångest under graviditet	Yoga, hypnoterapi
Stöd under graviditet och förlossning	Doula (stödperson som inte är barnmorska)
Igångsättande av förlossning	Akupunktur, akupressur
Förlossningssmärta	Akupunktur, akupressur, massagetekniker, mind-body-terapier, aromaterapi, homeopati, zonterapi, hydro(bad)terapi, vattenförlossning

Det vetenskapliga underlaget för de flesta av dessa terapier har sammanställts i många systematiska litteraturöversikter, främst inom det internationella nätverket Cochrane Collaboration. I dessa översikter har det varit svårt att säkerställa gynnsamma effekter av KAM-metoder använda under graviditet och i samband med förlossning (124–129).

Begreppen *naturlig födsel* och *naturlig förlossning* har kommit att användas då man vid förlossning strävar att minska användningen av kirurgiska insatser och bedövning eller annan smärtlindring med läkemedel. *Naturlig förlossning* kan genomföras på sjukhus, i hemmet av barnmorska eller i hemmet utan professionell assistans.

I stället för medikamentell smärtlindring används t.ex. hydroterapi, massage, avslappningsterapier, hypnoterapi, akupressur och visualisering. I Sverige har *naturlig förlossning* tillämpats bl.a. på det numera nedlagda Södra BB i Stockholm.

9.4 Patientsäkerhet vid KAM-terapi

- Inom KAM-området saknas nationella biverknings- och diagnosregister. Det är därför svårt att få ett grepp om hur vanligt det är i Sverige med biverkningar och skador orsakade av KAM-terapier.
- En generell risk med KAM-metoder vid svåra sjukdomar är att behandlingen är overksam och att verksam behandling från hälso- och sjukvården uteblir.
- I detta avsnitt ger vi exempel ur den internationella vetenskapliga litteraturen om biverkningar och skador vid akupunktur, homeopati och behandling med örtmediciner, de terapier som är mest studerade. För dessa terapier finns ett betydande antal biverkningar rapporterade, såväl lindriga som allvarliga. Även enstaka dödsfall har rapporterats. Detta ska ställas i relation till den mycket utbredda användningen.
- Även psykologiskt inriktade KAM-terapier kan innebära risker för biverkningar. Exempel på metoder där man i vetenskapliga studier påvisat negativa effekter är debriefing, suggestionsterapier, faciliterad kommunikation, sorgerådgivning och sorgeterapi.
- KAV kan innebära en risk för försenad diagnos eller utsättning av verksam medicinsk behandling med allvarliga komplikationer som följd. Det finns ingen säker information om hur vanligt detta kan vara i Sverige.
- Kvalitativa studier indikerar att avsaknad av kunskap om KAM-metoder hos hälso- och sjukvårdens professioner kan påverka patientsäkerheten negativt. På motsvarande sätt kan kunskapsbrister hos KAM-utövare om sjukdomar och hälso- och sjukvårdens behandlingar påverka patientsäkerheten.

Inledning

I utredningens uppdrag ingår att beakta patientsäkerhetsaspekter vid KAM-användning. I detta avsnitt redovisar vi kortfattat vad som är känt och inte känt om vårdskador och biverkningar vid användning av KAM-metoder.

I den internationella litteraturen saknas enhetliga definitioner av vårdskador respektive biverkningar. När vi i detta avsnitt översiktligt talar om *vårdskada* använder vi definitionen i Socialstyrelsens termbank (130): ”Skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”. Termerna *biverkan* och *biverkning* används framför allt om läkemedel. Enligt EU-lagstiftningen avser termen skadliga och oavsedda reaktioner som på något sätt kan ha samband med läkemedel. Det kan röra sig om såväl överdosering, felanvändning, missbruk, medicineringsfel som bristande effekt (131). Vi har i utredningen använt termen även för KAM-preparat som inte i svensk lagstiftning klassas som läkemedel. Däremot har vi inte använt termen för bristande effekt.

KAM-företrädare brukar framhålla att KAM-metoder i regel innebär mindre risker för de vårdsökande än den vård som hälso- och sjukvården erbjuder, något som också ofta framförts i utredningens intervjuer med KAM-utövare. I en systematisk litteraturöversikt av vilka förväntningar vårdsökande personer har när de söker sig till KAM var en av de vanligaste förväntningarna att risken för biverkningar skulle vara mindre än i konventionell hälso- och sjukvård (46).

KAM-metoderna är många, ofta komplexa. För de allra flesta är den vetenskapliga dokumentationen av vårdskador och biverkningar mycket begränsad, eller så saknas den helt. Vi har därför valt att här begränsa oss till de metoder som studerats mest, nämligen akupunktur, homeopati och örtterapi. Eftersom utredningen har ett särskilt uppdrag att se över KAM-behandling för personer med psykisk ohälsa, tar vi också upp några exempel på skadliga effekter vid psykologiska behandlingsmetoder.

Allmänt om vårdskador och biverkningar

Principiellt kan man skilja mellan fyra typer av möjliga vårdskador och biverkningar vid KAM-användning:

1. För merparten av de personer som behandlas är riskerna större än nyttan – de har ett ogynnsamt nettoutfall (ett historiskt exempel är åderlåtning).
2. Det finns en välkänd risk för vårdskador och biverkningar, men man har tagit hänsyn till detta när man gör risk-nyttabedömning inför en behandling (exempel från hälso- och sjukvården är cytostatikabehandling vid cancer eller omfattande kirurgi vid akuta livshotande tillstånd).
3. Vårdskador och biverkningar uppträder hos en mindre del av de som behandlas.
4. Verkningslös behandling för svåra sjukdomar innebär att verksam behandling uteblir.

I detta avsnitt diskuteras främst det tredje alternativet, dvs. skador och biverkningar som uppträder hos en mindre del av de behandlade, analogt med hur biverkningar och vårdskador i hälso- och sjukvården brukar rapporteras.

Inom KAM-området saknas nationella diagnos- och biverkningsregister. Den vetenskapliga litteraturen består huvudsakligen av sammanställningar av fallrapporter av varierande kvalitet. De ger inga säkra data om förekomsten av vårdskador och biverkningar, något som också påpekas i vår text där det är särskilt relevant.

Fallrapporter kan ge en uppfattning om vilka skador/biverkningar som förekommer. Däremot går det sällan att utifrån fallrapporter få ett grepp om hur vanliga de är, eftersom rapporteringen inte är systematisk. Det förekommer dock även prospektiva KAM-studier där behandlade grupper följts över tid (se nedan).

När vårdskador och biverkningar rapporteras i hälso- och sjukvården brukar man bedöma hur sannolikt sambandet mellan terapin och den rapporterade skadan eller biverkningen är. I den vetenskapliga litteraturen inom KAM-området är sådana bedömningar mindre vanliga (eller mindre systematiska). Detta gör att sambanden mellan behandlingen och misstänkt skada eller biverkan är mindre säkra.

Det är inte ovanligt att man tolkar försämringar tidigt under en viss KAM-terapi som att ”personen måste bli sämre innan han eller hon kan bli bättre”. Detta fenomen brukar särskilt framhållas vid homeopatisk behandling (”förstförsämring”) och ses av terapeuten som ett inledande stadium till förbättring (132). Liknande fenomen beskrivs vid olika former av kroppsreningar (detox) och vissa psykoterapier som erbjuds av icke-legitimerade terapeuter.

När förekomsten av vårdskador och biverkningar vid användning av KAM diskuteras, lyfter KAM-förespråkare nästan alltid frågor om skador och biverkningar i hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Landsting beräknade att 12,3 procent av patienterna i somatisk sjukhusvård drabbades av vårdskador 2017, varav 61 procent bedömdes vara undvikbara (133). När man jämför riskerna mellan KAM och hälso- och sjukvård måste man ta hänsyn till bl.a. tillståndets svårighetsgrad, samsjuklighet, åldersfördelning och behandlingseffekter. Inom exempelvis cancervård och avancerad kirurgisk vård handlar det ofta om att väga betydande risker mot förväntad nytta när patient och läkare tar beslut om eventuell behandling.

Exemplet akupunktur

Den vetenskapliga litteraturen ger visst stöd åt uppfattningen att risken för biverkningar vid akupunktur är låg. Vid en genomgång av nio prospektiva studier, dvs. studier där patienterna följdes över tid, rapporterades endast två fall av punkterad lunga efter nära en kvarts miljon behandlingar (134).

Vid en genomgång av den vetenskapliga litteraturen genomförd 2013 fann dock samma författare cirka 90 rapporterade dödsfall efter akupunktur (135). I en annan genomgång av vårdskador av akupunktur rapporterade i den vetenskapliga litteraturen redovisades 294 vårdskador som rapporterats under åren 2000–2011, de allra flesta infektioner (136). Vid en genomgång av den kinesiska vetenskapliga litteraturen under åren 1956–2010 återfanns 1 038 fall av vårdskador, varav 35 dödsfall (137). En litteraturöversikt genomförd av en svensk kärlkirurg identifierade 31 fall av kärlskada efter akupunktur, varav 3 ledde till döden (138). I en systematisk översikt av barn som behandlats med akupunktur rapporterades frekvensen allvarliga vårdskador vara ungefär 1 procent (139). Merparten av dessa fall

rapporterades från Kina och Taiwan. Det saknas sammanställningar av vårdskador vid akupunktur i Sverige.

Gemensamt för översikterna är att de byggt på uppgifter ur litteraturen och inte på primäruppgifter. Det finns också frågetecken kring hur säkra sambanden mellan behandlingen och vårdskadan varit och omständigheterna kring hur skadorna uppkommit. Samtidigt ska det sägas att (a) siffrorna över vårdskador ska ställas i relation till att akupunktur är en så vanlig behandling i många länder, (b) det med all sannolikhet bara är en mindre andel av alla vårdskador som rapporteras i vetenskapliga artiklar, samt (c) det i de systematiska översikterna saknas analyser av vad terapeutens utbildning och erfarenhet betyder för risken för vårdskador.

Exemplet homeopati

En rapport baserad på det tyska biverkningsregistret fann bara ett fåtal inrapporterade fall av allvarliga biverkningar vid homeopatisk behandling under hela 1990-talet – frekvensen angavs till långt under en på miljonen behandlingstillfällen vid såväl injektionsbehandling som tillförsel av medlet via munnen (140). I artikeln sägs inget om biverkningsregistrets kvalitet.

I en systematisk genomgång av studier publicerade fram till 2012 återfanns 1 159 fall av biverkningar relaterade till homeopatisk behandling, däribland fyra dödsfall (141). Studierna kom från 17 olika länder. De vanligaste biverkningarna angavs vara allergier och förgiftningar. Särskilt vanligt var att man rapporterade biverkningar vid behandling med utspädda lösningar av växten rhus toxicodendron som används vid bl.a. förkylningar och ledbesvär. Även svenska fall av allergiska reaktioner på homeopatiska preparat har rapporterats (142). Författarna till den systematiska översikten 2012 bedömde att biverkningar förmodligen är ovanligare vid homeopati än vid behandling med konventionella läkemedel, men att detta måste vägas mot den nytta terapin har. De fann även 17 fallrapporter där konventionell verksam behandling av allvarlig sjukdom hade ersatts av homeopatisk behandling (men framhöll att det sannolikt bara är en mycket liten andel som rapporterats i vetenskaplig litteratur).

Många randomiserade prövningar av homeopati rapporterar inte biverkningar. Men i en systematisk översikt av de studier där detta

rapporterades, förekom biverkningar hos i genomsnitt 10–15 procent av de behandlade. Denna andel skiljde sig inte från den hos de placebobehandlade. Inte heller fanns skillnader i biverkningsfrekvens gentemot konventionell läkemedelsbehandling, något som inte stödjer uppfattningen att läkemedel i hälso- och sjukvården skulle vara högt biverkningsbelastade, så länge det handlar om behandling av patienter med samma typ av besvär som behandlas med homeopati. Majoriteten av biverkningarna klassificerades som lindriga (143).

Rapportering av lindriga biverkningar kan bero på noceboeffekter (ospecifika ogynnsamma effekter) eller på symtom och sjukdomar som inte är relaterade till behandlingen. Att det kan förekomma svåra allergiska reaktioner och förgiftningar vid behandling med homeopatiska produkter beror rimligen på att framställningsprocessen inte varit korrekt. Tillverkningen av de homeopatiska läkemedel som säljs i Sverige och granskats av Läkemedelsverket måste uppfylla samma kvalitetskrav som andra läkemedel. Men det förekommer också att homeopatika säljs i Sverige utan att vara granskade av Läkemedelsverket, något som är olagligt. Homeopatiska preparat från andra länder finns dessutom att köpa påinternet. Det är då svårt för konsumenten att veta hur noggrant tillverkningsprocessen granskats.

Exemplet växtbaserade produkter och naturläkemedel

Växtbaserade läkemedel och naturläkemedel är registrerade hos Läkemedelsverket. Det nationella och europeiska regelverket för dessa produkter beskrivs i avsnitt 5.2. Andra växtbaserade produkter (ofta kallade ”örtmediciner”) har inte registrerats hos Läkemedelsverket utan säljs i t.ex. hälsokostbutiker och via nätet, ofta då som téer.

Det finns ett överväldigande antal utvärderingar som granskar om det finns biverkningar av växtbaserade produkter. I en sammanställning 2013 av de 50 systematiska litteraturöversikter som då hade publicerats, hade majoriteten av författargrupperna dragit slutsatsen att den växtbaserade terapi de studerat var säker. Många av översikterna hade dock betydande kvalitetsbrister (144).

År 2000 sammanställde WHO:s biverkningscentrum i Uppsala 8 985 rapporter om biverkningar vid användning av växtbaserade produkter som inrapporterats till nationella läkemedelsmyndigheter (145). Av dessa kom 405 från Sverige. Det ska noteras att man i

denna artikel inkluderade samtliga inrapporterade fall utan att göra någon bedömning av hur troligt sambandet mellan produkten och biverkningen varit.

En stor andel av rapporterna gällde kombinationer av växtbaserade produkter och reguljära läkemedel, vilket inte är överraskande med tanke på att WHO-centret i huvudsak tar emot rapporter om läkemedelsbiverkningar. I drygt en fjärdedel av rapporterna hade dock enbart örtmediciner använts. Av allvarliga biverkningar var det vanligast med allergisk chock och andra svåra allergiska reaktioner. Även psykiska symtom som hallucinationer förekom. Antalet dödsfall var 21. Bland lindrigare biverkningar dominerade hudreaktioner (145).

I en sammanställning av de biverkningsrapporter som inkommit till Läkemedelsverket under åren 2007–2015 redovisades de rapporter där Läkemedelsverket hade bedömt att det fanns ett möjligt, sannolikt eller säkert samband med terapin. Detta krav uppfylldes av 116 rapporter med totalt 259 biverkningar som gällde användning av växtbaserade läkemedel och andra naturprodukter (146). I en tredjedel av fallen bedömdes biverkningarna vara allvarliga. Inga dödsfall rapporterades. Författarna påpekar att underrapportering av biverkningar är ett problem med vanliga läkemedel men att problemet förmodligen är betydligt större när det gäller växtbaserade produkter och andra naturprodukter (146).

Biverkningar kan bero på interaktioner med konventionella läkemedel, bl.a. eftersom deras nedbrytning i kroppen påverkas. Bäst dokumenterade är läkemedelsinteraktioner med Johannesört (19). En örtmedicin som under de senaste decennierna tilldragit sig stor uppmärksamhet på grund av allvarliga toxiska effekter är Aristolochia, en piprankeväxt, som i årtusenden använts i kinesisk medicin men även har rötter i antik egyptisk, grekisk och romersk medicin. I Belgien på 1990-talet orsakade Aristolochia svår njursvikt hos över 100 personer som tagit Aristolochia för att gå ner i vikt. Många behövde dialys eller njurtransplantation (147). Aristolochia har också visat sig kunna ge cancer i urinvägarna (19).

Tillsatser och föroreningar

Ett särskilt problem med växtbaserade produkter och andra naturprodukter är att de kan vara förorenade eller att konventionella läkemedel tillsatts. Också här finns ett mycket stort antal rapporter, vilka 2013 hade varit föremål för 26 systematiska litteraturöversikter (148). Bland föroreningar kan nämnas bakterier som salmonella, listeria och koli, samt parasiter och toxiska substanser.

Vissa växtbaserade produkter och andra naturpreparat kan innehålla toxiska metaller (t.ex. kvicksilver, bly, kadmium, arsenik och aluminium) i mängder som vida överskrider rekommenderade maxnivåer. Problemet förefaller vara störst med produkter som tillverkats i Kina (149).

Bland läkemedel som tillsatts i växtbaserade läkemedel utan att det angivits, var det särskilt vanligt med kortisonpreparat och antiinflammatoriska läkemedel (148). I en uppmärksammad kampanj mot olaga försäljning av läkemedel på internet har Läkemedelsverket bl.a. tagit upp problemet med denna typ av förfalskning (150).

Psykoterapier

Det är väl dokumenterat att vissa former av psykoterapi bedrivna av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan innebära risk för vårdskador och biverkningar (151, 152). I enkätsvar från svenska psykoterapeuter angav tre fjärdedelar att de kände till negativa effekter av psykoterapi (153). Faktorer som bidragit till de negativa effekterna bedömdes bl.a. vara terapeutens inkompetens och felaktig tillämpning av den psykoterapeutiska metoden.

När det gäller vårdskador och biverkningar av psykologiska metoder som huvudsakligen tillämpas av icke-legitimerade terapeuter är kunskapen synnerligen begränsad. Några systematiska sammanställningar av den vetenskapliga litteraturen har vi inte kunnat finna. I en webbenkät som Sveriges Psykologförbund 2019 sänt till sina medlemmar bad man de psykologer som fått vetskap om klienter som anlitat psykologiskt inriktad KAV bedöma om behandlingen varit enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. I ungefär 6 av 10 fall bedömde man att så inte var fallet. I enkäten fanns också en fråga om de upplevt att patientskador uppstått p.g.a. att en ”alternativmedicinare felbehandlat, feldiagnostiserat eller felinformerat rörande

psykiska tillstånd”. Av psykologer som hade kännedom om att klienten anlitat KAV svarade 3 av 10 att de i många eller några fall upplevt detta.

Vi ger här bara ett par exempel på psykologiska metoder som huvudsakligen bedrivs av terapeuter utan legitimation och som har rapporterats kunna ha negativa effekter på psykisk hälsa. Dessa exempel innebär inte att biverkningar inte kan förekomma vid andra former av psykoterapi:

- *Debriefing* efter traumatiska upplevelser för att undvika posttraumatiskt stressyndrom. Denna terapi bedrivs oftast i grupp inom 1–3 dygn efter händelsen. Den har visat sig medföra ökad risk för långsiktiga negativa effekter på psykisk hälsa (152).
- Flera olika *suggestionsterapier* syftar till att återkalla traumatiska minnen från det förgångna. Till dessa terapier hör hypnos, guided imagery (ibland översatt till vägledd dagdröm) och sökande efter bortträngda minnen. Alla dessa terapier kan framkalla falska minnen. Dessa falska minnen kan vara skadliga för den behandlade, för familjen och för andra (152, 154).
- *Faciliterad kommunikation* (FC) har utvecklats för att personer (oftast barn) med svår autism eller allvarliga kognitiva funktionsnedsättningar ska kunna kommunicera icke-verbalt. Metoden kan innebära risk att barnet och familjen skadas (155). Med hänvisning till att gynnsamma effekter inte dokumenterats förbjöd Skolinspektionen 2015, efter yttrande från Socialstyrelsen, användning av FC i Göteborgs kommuns verksamheter (156). Beslutet anses vara vägledande också för andra kommuner.
- *Sorgerådgivning och sorgeterapi* kan vara till hjälp för en del sörjande men innebär samtidigt en betydande risk för förvärrade sorgereaktioner hos andra (152).

Risker vid utsättning av verksam terapi

En särskild typ av negativa effekter av KAV kan uppstå när diagnostik av sjukdom fördröjs eller när den vårdsökande uppmanas avsluta verksam behandling i hälso- och sjukvården. Sådana råd kan vara explicita, men den vårdsökande kan också uppfatta mer subtila

signaler. Så t.ex. har utredningen har i sin dialog med Schizofreniförbundet fått exempel på försämring av psykos när patienten i sina kontakter med KAV-utövare uppfattat att han/hon kan sluta med sin vanliga medicinering eller dra ner på den. Även i den vetenskapliga litteraturen har man uppmärksammat riskerna för att verksam antipsykotisk behandling avslutas när behandling med KAM-metoder inleds (157).

Svenska Läkaresällskapet genomförde anslutning till den statliga Alternativkommitténs utredning 1989 en enkät, där man bad verksamhetschefer inom fem medicinska specialiteter att rapportera kända fall där diagnostik fördröjts eller verksam terapi utsatts med försämring av tillståndet eller somatisk skada som följd. Frågan begränsades till fall som inträffat under de senaste fem åren (158). Man fick in rapporter om 123 patienter, därav några barn under 8 år. Många av de rapporterade komplikationerna var allvarliga, t.ex. försenad cancerdiagnos, diabeteskoma efter utsättning av insulin, markant försämring av reumatisk sjukdom och njursjukdom (med dialysbehov) och försämring av inflammatorisk tarmsjukdom. Sex patienter avled.

Läkaresällskapets enkät måste betraktas som en samling fallbeskrivningar utan anspråk på fullständighet. Bara ett fåtal specialiteter tillfrågades. Eftersom det gällde sjukhuskliniker är det rimligt att det fanns en överrepresentation av sådana konsekvenser av försenad diagnostik eller utsatt behandling som var särskilt allvarliga.

Kvalitativa patientsäkerhetsstudier

I en systematisk litteraturöversikt sammanställdes resultaten från 29 kvalitativa studier av hur risker med komplementära terapier vid cancer uppfattas och kommuniceras (159).

Fyra huvudsakliga risksituationer identifierades:

1. Skilda behandlingskoncept och filosofiska värden hos hälso- och sjukvårdens professioner respektive KAM-utövare.
2. Biverkningar av komplementära produkter, t.ex. örtmediciner, på grund av deras toxicitet och interaktioner med konventionell cancerbehandling.

3. Svårigheter för läkare att rekommendera KAM-terapier eftersom vetenskapligt underlag saknas.
4. Avsaknad av kunskap om KAM-terapier och konventionell cancerbehandling hos hälso- och sjukvårdspersonal respektive KAM-utövare.

Författarna till den systematiska litteraturöversikten drog slutsatsen att det finns två typer av risker, direkta och indirekta (159). Direkta risker hänförs till produkternas toxicitet och interaktioner. Indirekta risker uppstår när det saknas vetenskapligt underlag för en terapi och det finns skilda behandlingsstrategier mellan hälso- och sjukvårdens professioner och KAM-utövare, något som hindrar kommunikation dem emellan. Dessa indirekta risker kan påverka patientsäkerheten hos patienter som önskar kombinera konventionell cancerbehandling med KAM-metoder.

Kommentarer

- Det finns mycket begränsade kunskaper om vårdskador, biverkningar och patientsäkerhet vid olika KAM-terapier. I anslutning till ett specialnummer om vårdskador och biverkningar i tidskriften *European Journal of Integrative Medicine* 2014 anförde redaktörerna dock att forskningen inom detta område expanderar och mognar (160).
- De siffror som redovisas i litteraturen ska ställas i relation till hur utbredd användningen av respektive KAM-metod är.
- I litteraturen saknas det oftast uppgifter om vilka sjukdomar/tillstånd som behandlats.
- Vad som rapporterats i den vetenskapliga litteraturen rör sig förmodligen (i än högre grad än för behandlingar i hälso- och sjukvården) om markant underrapportering.
- När biverkningsrisken vid KAM-terapier jämförs med behandling inom hälso- och sjukvården, måste man ta hänsyn till tillståndets svårighetsgrad och andra patientkaraktäristika som ålder och samsjuklighet samt förhållandet mellan förväntad nytta och risk.

- En internationell grupp KAM-forskare har prioriterat tre områden inom forskning om KAM-metoders säkerhet: (a) aktiv registrering av vårdskador/biverkningar, (b) forskning om föreställningar och attityder hos utövare, allmänhet och professionella organisationer, samt (c) processer för att reducera risken för vårdskador/biverkningar (161).

9.5 Strategier för KAM

- Bland KAM-utövare finns olika inställningar till frågan om integration med hälso- och sjukvården. Internationellt finns olika modeller för integrerad vård, där den mest uttalade innebär att hälso- och sjukvårdspersonal arbetar parallellt med såväl ”konventionella” metoder som med KAM-metoder.
- Flera av yrkesorganisationerna inom KAM-området har som mål att deras verksamheter ska respekteras och få ett mer helhjärtat samhälleligt erkännande. Det innebär t.ex. någon form av statlig ackreditering. Man efterlyser även förbättrade ekonomiska förutsättningar för KAM-utövande.

Inställning till integrativ medicin och vård

Förespråkare för KAM brukar framhålla att vad som är hälso- och sjukvård måste ses i sitt sociala och kulturella sammanhang (5), något som också betonas i WHO:s strategidokument för traditionell medicin (12, 162). I de flesta av världens kulturer skulle det vi i Sverige kallar hälso- och sjukvård snarast betecknas som alternativ till etablerad hälso- och sjukvård. Ibland ifrågasätts också uttrycken komplementär medicin och komplementär vård – de indikerar en hierarki där KAM-metoderna är underordnade de som hälso- och sjukvården använder, menar man.

Därför har begreppen integrativ medicin och integrativ vård börjat användas. Man anser att det som i dag i Sverige betraktas som KAM (eller åtminstone delar därav) på vissa villkor bör integreras i hälso- och sjukvården (5, 12). Detta anses främja pluralism i vården och ge bättre möjligheter för vårdkonsumenten att välja behandling. Många KAM-utövare vi intervjuat framhåller Tyskland som ett

föredöme. Där finns det på en del håll ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvård och KAM, som homeopati och antroposofisk medicin.

Begreppet *integrativ vård* kan således användas att karaktärisera existerande system. Vidar Rehab är det mest kända exemplet i Sverige (17, 163). Men uttrycket kan även användas för att benämna en ambition, ett framtida mål. Integrativ vård bör i framtiden prägla svensk hälso- och sjukvård, anser förespråkarna (164).

Integrativ vård kan förekomma i flera olika former (164, 165). Här ges några exempel:

- I den ”tyska modellen” är det ofta vårdpersonal som personligen har KAM-metoder på sin repertoar, utöver hälso- och sjukvård (i den mening vi använder begreppet i denna utredning). Detta är särskilt vanligt bland öppenvårdsläkare, men förekommer också på vissa sjukhus. I Tyskland vidareutbildar vissa allmänläkare och specialister i öppenvårdsig i KAM-tekniker och på så vis breddar de sitt utbud av metoder och sin patientkrets. De bolag som är aktiva inom det tyska sjukförsäkringssystemet kan stärka sin konkurrenskraft genom att ersätta även för integrativ, komplementär och alternativ vård. I Sverige förekommer det också (om än i mindre utsträckning) att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, såväl läkare, sjuksköterskor som fysioterapeuter och andra, vidareutbildar sig i KAM-metoder. I Sverige finns förutom Vidar Rehab och Vidar vårdcentral ett mindre antal privatmottagningar som arbetar enligt en integrativ vårdmodell.
- I många länder är vissa KAM-utövare anställda i hälso- och sjukvården eller arbetar på entreprenad från hälso- och sjukvården.
- Det är också vanligt, t.ex. i Tyskland, att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och KAM-utövare har nära relationer till varandra inom ett och samma hälso- och sjukvårdssystem utan att det handlar om anställning eller entreprenad. De kan t.ex. remittera patienter mellan varandra eller konsultera varandra (något som är mindre vanligt i det svenska systemet). Vid utredningens intervju med tyska läkarförbundet framkom det dock att många tyska läkare ifrågasätter samarbetet med KAM-utövare.

En modell för samarbete mellan hälso- och sjukvård och KAM-utövare har tagits fram för svensk primärvård (166). Modellen har utvärderats i en mindre randomiserad studie där man jämfört med konventionell primärvård hos patienter med smärta i rygg och nacke. Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader och författarna drog slutsatsen att det behövs större studier för att påvisa eventuella skillnader (167).

Inriktningen mot integrativ medicin och integrativ vård är inte oomstridd i KAM-kretsar. Från litteraturen och vid våra intervjuer med KAM-utövare har vissa farhågor framkommit (dock oklart hur representativa synpunkterna är för majoriteten av svenska KAM-utövare):

- Pluralismen i vårdutbudet och individens valmöjligheter främjas om KAM är tydligt åtskild från hälso- och sjukvården. Det gäller allt från underliggande filosofier och förklaringsmodeller till praktisk tillämpning.
- Det finns KAM-företrädare, framför allt i USA, som ser ett egenvärde i att det finns ett direkt ekonomiskt förhållande mellan terapeuten och den som söker behandling. Vid offentlig finansiering eller försäkringsfinansiering införs en barriär som kan motverka samarbetet mellan terapeut och patient, menar man (1).
- Hälso- och sjukvården är oftast storskalig, vare sig den bedrivs i offentlig eller privat regi, medan KAM-vården är småskalig och oftast bedrivs av enskilda utövare (det finns dock många undantag från denna generella beskrivning). Många som söker komplementär och alternativ vård uppskattar småskaligheten. Det finns KAV-utövare som menar att de miljöer i vilka KAV bedrivs är mer hälsofrämjande än hälso- och sjukvårdens miljöer.
- Det finns KAM-förespråkare som befarar att KAV kommer att marginaliseras och förlora sin särart i ett integrativt system. Det kan exempelvis bli alltför stort fokus på biomedicinska aspekter av traditionella terapier som akupunktur eller yoga, medan metodernas emotionella och andliga innehåll trängs undan. Denna risk skulle, menar man, bli särskilt stor om läkare blir ytterst ansvariga för den KAM-vård som bedrivs vid en vårdinrättning (1).

- Hälso- och sjukvården har i regel större administrativ överbyggnad än vad KAV har. Därför finns det KAV-utövare som menar att det skulle finnas risk att för att KAV sugs upp i hälso- och sjukvårdens byråkratier med mindre frihet och mindre tid att ägna åt de vårdsökande.

Samhällets erkännande

Flera av yrkesorganisationerna inom KAM-området har som mål att deras verksamheter ska respekteras och få ett mer helhjärtat samhälleligt erkännande. Till exempel verkar *KAM-kommittén för komplementär och alternativ medicin* för att ”få komplementär- och alternativmedicinska behandlingsformer erkända av regering och riksdag” (168).

Vid intervjuer med KAM-utövare har det framkommit att ett sådant erkännande i första hand skulle handla om någon form av statlig kvalitetsstämpel som certifiering (eller ackreditering), helst skyddad yrkestitel och legitimation[3]. Denna kvalitetsstämpel skulle framför allt baseras på den utbildning utövaren genomgått.

Ett alternativ eller komplement till certifiering av enskilda utövare skulle vara att certifieringen sker på verksamhetsnivå utifrån vissa specificerade kvalitetskrav. Samtidigt finns röster för att intresse/yrkesorganisationerna inom KAM är bättre lämpade att själva kvalitetssäkra verksamheterna än vad statliga myndigheter är.

Ett ytterligare uttryck för samhällets erkännande av KAM skulle vara förbättrade ekonomiska förutsättningar med stöd av offentliga medel i direkt eller indirekt form. Exempel på riksdagsmotioner om förbättrade ekonomiska förutsättningar finns i kapitel 3.

[3] Flera av de företrädare för hälso- och sjukvården som vi intervjuat ser i stället en fara i statlig ackreditering/certifiering – det skulle ge legitimitet åt verksamheter som helt saknar eller har svagt vetenskapligt stöd och där utbildningarna inte ligger på akademisk nivå.

Referenser

1. Micozzi M. Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine, 6th ed. St. Louis, USA: Elsevier; 2019.
2. Alternativmedicinkommittén. Del 3. Alternativmedicin i Sverige – en kartläggning. SOU 1989:62.
3. Alster KB. The Holistic Health Movement. Tuscaloosa: University of Alabama Press; 1989.
4. Baer H. Toward an integrative medicine: merging alternative therapies with biomedicine. Walnut Creek, CA AltaMira Press; 2004.
5. Carlsson P., Falkenberg T. Integrativ vård med konventionella, alternativa och komplementära metoder. Stockholm Gothia Förlag; 2007.
6. Eklöf M., (red.). Perspektiv på komplementär medicin. Lund: Studentlitteratur; 2004.
7. Falkenberg T., Lewith G., Roberti di Sarsina P., von Ammon K., Santos-Rey K., Hok J., et al. Towards a pan-European definition of complementary and alternative medicine – a realistic ambition? Forsch Komplementmed. 2012;19 Suppl 2:6–8.
8. Goldstein MS. The Health Movement. Promoting Fitness in America. New York Twayne; 1992.
9. Matthes H. Från allmänsjukhus till antroposofiskt-integrativt sjukhus: Organisationsutveckling inom Gemeinschaftskrankenhaus Havelhoehe i Berlin. Socialmedicinsk tidskrift. 2017; Nr 1:22–30.
10. Richt B. Komplementärmedicin – varför nu? In: Eklöf M.,red. Perspektiv på komplementär medicin, p. 63–79. Lund: Studentlitteratur 2004.
11. Vernette J. New Age: Alhambra Förlag 1994.
12. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1 (hämtad 2019-01-19).

13. Synovitz LB., Larson KL. Complementary and alternative medicine for health practioners. A holistic approach to consumer health. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2013.

14. Kaptchuk T., Eisenberg D. The persuasive appeal of alternative medicine. Ann Intern Med. 1998;129:1 061–65.

15. Cassidy CM. Social and cultural factors in medicine. In: Micozzi MS., editor. Fundamentals of complementary and alternative medicine, 5th edition; 2015.

16. Arman M., Alvenäng A., El Madani N., Hammarqvist A-S., Ranheim A. Caregiving for existential wellbeing: existential literay. A clinical study in an anthroposophic healthcare context. Internat Practice Devt J. 2013;3:1–13.

17. Flatters U. Vidarkliniken och den antroposofiska medicinen. Socialmedicinsk tidskrift. 2017;Nr 1:31–9.

18. Robinson H. Dualism. In: Stich S., Warfield T., editors. The Blackwell Guide to Philosophy of Mind, p. 85–101. Oxford: Blackwell; 2003.

19. Barnes J., Anderson LA., Phillipson JD. Herbal Medicines, 2nd edition. London Chicago: Pharmaceutical Press; 2002.

20. Leder D. ”Spooky actions at a distance”: physics, psi, and distant healing. J Altern Complement Med. 2005;11(5):923–30.

21. Lekander M. Immunsystemet påverkas av psykologiska faktorer. Höga stressnivåer kan förändra känsligheten för infektion och allergi. Läkartidningen. 1999;96(44):4 807–11.

22. Goodkin K., Visser AP. Psychoneuroimmunology: Stress, Mental Disorders and Health. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 2000.

23. Arman M., Ranheim A., Rehnsfeldt A., Wode K. Anthroposophic health care – different and home-like. Scand J Caring Sci. 2008;22(3):357–66.

24. Eklöf M. Läkare och läkekonster. Stockholm: Carlssons bokförlag; 2010.

25. Tillhagen C-H. Folklig läkekonst: Nordiska muséet; 1958.

26. Norrländsk uppslagsbok. Sjukvård. Umeå: Norrlands Universitetsförlag; 1996.

27. Alternativmedicinkommittén. Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén. SOU 1989:60.

28. Grossinger R. Planet Medicine. Origins of Planet Medicine: Modalities. Berkeley, USA: North Atlantic; 1995.

29. Albanese CL. The subtle energies of spirit: explorations in metaphysical and New Age spirituality. J Am Acad Religion 1999;67:305–23.

30. Brodin J-A. Religion till salu? En sociologisk studie av New Age i Sverige. Akademisk avhandling: Almqvist & Wiksell International, Stockholm.; 2001.

31. Lasch C. The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations W.W. Norton; 1979.

32. Institutet för framtidsstudier. World values survey. www.iffs.se/world-values-survey/ (hämtad 2019-01-20).

33. Simonds W. Women and Self-Help Culture: Reading Between the Lines. Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1992.

34. Trudeau K. Natural Cures ”They” Don’t Want You To Know About: Alliance Publishing; 2005 (updated version).

35. Swartz J. Vaccinationer – fördelar och nackdelar. En information till föräldrar och andra intresserade. Järna: Vidarkliniken; 1999.

36. Bausell RB. Snake Oil Medicine. The Truth About Complementary and Alternative Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2007.

37. Weeks LC., Strudsholm T. A scoping review of research on complementary and alternative medicine (CAM) and the mass media: looking back, moving forward. BMC Complement Altern Med. 2008;8:43.

38. Ernst E., Pittler MH. Celebrity-based medicine. Med J Aust. 2006;185(11–12):680–1.

39. Finer D. Journalistik och journalister om komplementär- och alternativmedicin In: Eklöf M., editor. Perspektiv på komplementär medicin. Lund: Studentlitteratur; 2004.

40. Finer D. Polariserad press – Vidarkliniken i DN och SvD 1978–2016. Socialmedicinsk tidskrift 2017;94:71–9.

41. Sharma V., Holmes JH., Sarkar IN. Identifying complementary and alternative medicine usage Information from internet resources. A systematic review. Methods Inf Med. 2016;55:322–32.

42. Folkhälsomyndigheten. Nedsatt psykisk hälsa. www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/ (hämtad 2019-01-20).

43. Ernst E., Hung SK. Great expectations. What do patients using complementary and alternative medicine hope for? Patient. 2011;4:89–101.

44. Beyerstein BL. Alternative medicine and common errors of reasoning. Acad Med. 2001;76(3):230–7.

45. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA. 1998;279(19):1548–53.

46. Ernst E., Hung SK. Great expectations: what do patients using complementary and alternative medicine hope for? Patient. 2011;4(2):89–101.

47. Järemo P., Arman M. Causes of illness-constraining and facilitating beliefs. Int J Nurs Pract. 2011;3:370–9.

48. Ernst E., Smith K. More harm than good? The moral maze of complementary and alternative medicine. Cham: Springer International Publishing AG; 2018.

49. Wikipedia. List of forms of alternative medicine. https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_forms_of_alternative_medicine (hämtad 2018-09-30).

50. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? https://nccih.nih.gov/health/integrative-health (hämtad 2019-03-10)

51. PubMed. Complementary Therapies. www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=complementary%20medicine (hämtad 2018-11-02).

52. NAFKAM. Alternativ behandling http://nafkam.no/behandlinger (hämtad 2019-01-19).

53. LindlahrTake H. Iridiagnosis and other diagnostic methods. Whitefish, Montana: Kessinger; 2010.

54. NAFKAM. Hårmineralanalyse. http://nafkam.no/alternativ-behandling-behandlinger/harmineralanalyse (hämtad 2019-01-19).

55. Fokus på hälsa. Mikrokopisk levande blodanalys. www.fokuspahalsa.se/funktionsmedicin/lankar/levande-blodanalys/ (hämtad 2019-01-20).

55a. National Center for Complementary and Integrative Health. Ayurvedic Medicine: In Depth. https://nccih.nih.gov/health/ayurveda/introduction.htm (hämtad 2019-03-11).

56. National Center for Complementary and Integrative Health. Traditional Chinese Medicine: In Depth. https://nccih.nih.gov/health/whatiscam/chinesemed.htm (hämtad 2019-01-20).

57. Basavaraddi I. Yoga: Its Origin, History and Development. Government of India, Ministry of External Affairs. www.mea.gov.in/in-focus-article.htm?25096/Yoga (hämtad 2019-01-20).

58. Michalsen A. Heilen mit der Kraft der Natur. Berlin: Insel Verlag; 2017.

59. National Center for Complementary and Integrative Health. Naturopathy. https://nccih.nih.gov/health/naturopathy (hämtad 2019-01-20).

60. Kienle GS., Kiene H., Albonico H-U. Anthroposophic Medicine. Stuttgart: Schattauer; 2006.

61. Wellness Wisdom Wealth. Energimedicin. https://wellness-wisdom-wealth.se/healing/energimedicin/ (hämtad 2019-01-20).

62. Hanaway P. Form follows function: a Functional Medicine overview. Perm J. 2016;20:16–109.

63. Jones DS., Quinn S. Introduction to Functional Medicine. The Institute for Functional Medicine. https://p.widencdn.net/xazlwe/Intro_Functional_Medicine (hämtad 2019-01-20).

64. Nilsson T. Explosionsartat intresse för yoga. Affärsvärlden 2016-12-06.

65. Medicinsk Yoga inom svensk sjukvård. www.protem.se/medicinsk_yoga/svensk_sjukvard.php (hämtad 2019-01-20).

66. Adolfsson J. Tron på yoga stark i svensk sjukvård. Världen i dag 2016-05-04. www.varldenidag.se/nyheter/tron-pa-yoga-stark-i-svensk-sjukvard/ BbbpdC!wcvEK5U6D4VU3IFlqxuVOA/ (hämtad 2019-01-20).

67. Unschuld PU. Medicine in China: A History of Ideas. Berkeley, California: University of California Press; 1985.

68. Eriksson JI. Samisk shamanism: vår tids noaidi: H:ström Text Kultur AB; 2018.

69. NAFKAM. Samisk folkemedisin. http://nafkam.no/samisk-folkemedisin (hämtad 2019-01-19).

70. Kristoffersen AE., Stub T., Melhus M, Broderstad AR. Prevalence and associations for use of a traditional medicine provider in the SAMINOR 1 Survey: a population-based study on health and living conditions in regions with Sami and Norwegian populations. BMC Complement Altern Med. 2017;17(1):530.

71. Wikipedia. Naturopathy. https://en.wikipedia.org/wiki/Naturopathy (hämtad 2019-01-20).

72. Svenska Naturläkarförbundet. http://snlf.se/om-snlf/ (hämtad 2019-01-20).

73. Kienle GS., Albonico H-U., Baars E., Hamre HJ., Zimmermann P., Kiene H. Anthroposophic medicine: An integrative medical system originating in Europe. Global Avd Health Med 2013;2:20–31.

74. Heusser P., Kienle GS. Anthroposophic medicine, integrative oncology, and mistletoe therapy in cancer. In: Abrams DI, Weil AT, editors. Integrative oncology, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2014.

75. Läkemedelsverket. Mistelpreparat för injektion godkända för palliativ cancervård. https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2014/Mistelpreparat-for-injektion-godkanda-for-palliativ-cancervard/ (hämtad 2019-01-20).

76. International Federation of Anthroposophic Medical Associations. The legal status of anthroposophic medicine in selected countries 2017. www.ivaa.info/fileadmin/editor/file/anthroposophic_medicine/ Legal_status_of_anthroposophic_medicine_in_selected_countries_-_Final_Jan_2017.pdf (hämtad 2019-01-20).

77. Kurera. Vad är energimedicin? https://kurera.se/vad-ar-energimedicin/ (hämtad 2019-01-20).

78. Gorski D. Functional medicine: The ultimate misnomer in the world of integrative medicine. https://sciencebasedmedicine.org/functional-medicine-the-ultimate-misnomer-in-the-world-of-integrative-medicine/ (hämtad 2019-01-20).

79. Wikipedia. Functional medicine. https://en.wikipedia.org/wiki/Functional_medicine (hämtad 2019-01-20).

80. Albany Massage. Swedish Massage Techniques – The 5 Steps of Swedish Massage. http://albanymassage.com/swedish-massage-techniques-%E2%80%93-the-5-steps-of-swedish-massage/ (hämtad 2019-01-20).

81. Braun MB. Introduction to Massage Therapy (Third Edition): Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

82. Henricson M., Billhult A., editors. Taktil beröring och lätt massage från livets början till livets slut. Lund: Studentlitteratur; 2010.

83. Thai Healing Alliance International. Description of Traditional Thai Massage. http://thaihealingalliance.com/description-of-traditional-thai-massage/ (hämtad 2019-01-20).

84. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund. Medlemskap. www.kroppsterapeuterna.se/medlemsskap/ (hämtad 2019-01-20).

85. Branschrådet Svensk Massage. Välkommen till Svensk Massage. www.svenskmassage.se/ (hämtad 2018-08-28).

86. Branschorganisationen Medicinsk Massageterapi. Certifiering. www.bmms.se/ (hämtad 2018-08-28).

87. National Center for Complementary and Integrative Medicine. Acupuncture: In Depth. https://nccih.nih.gov/health/acupuncture/introduction (hämtad 2019-01-19).

88. Svenska Akupunkturförbundet. www.akupunkturforbundet.se/om-forbundet/ (hämtad 2019-01-20).

89. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund. Zonterapi och reflexologi. www.kroppsterapeuterna.se/yrkeskategorier/zonterapi-reflexologi/ (hämtad 2019-01-20).

90. International Institute of Reflexology. History of reflexology. www.reflexology-usa.net/history.htm (hämtad 2019-01-20).

91. Svenska Förbundet Auktoriserade Feldenkraispedagoger. Vad är Feldenkrais? www.feldenkraismetoden.org/vad-ar-feldenkrais/ (hämtad 2019-01-20).

92. Schönström S. Kinesisk medicin. Traditionell läkekonst i modern tid. Stockholm: Natur & Kultur; 2004.

93. Kienle GS., Kiene H. A critical reanalysis of the concept, magnitude and existance of placebo effects. In: Peters D, editor. Understanding the placebo effect in complementary medicine. Edinburgh: Harcourt Publishers; 2001.

94. Tapfer B., Weisskircher A. Everyday Eurythmy: An Illustrated Guide to Discovering Balance and Self-Healing through Movement. Edinburgh: Floris Books; 2017.

95. Antroposofisk medicin. Läkeeurytmi. http://antroposofiskmedicin.se/antroposofisk-medicin/lakeeurytmi (hämtad 2019-01-20).

96. Fontana D. Meditation: Forum; 1997.

97. Nilsonne Å. Mindfulness i hjärnan: Natur & Kultur; 2016.

98. Region Skåne. Mindfulness: Forsknings- och kunskapsplattform. www.skane.se/organisation-politik/forskning/radgivning-och-stod-for-forskare-och-naringsliv/centrum-for-primarvardsforskning/forsknings--och-kunskapsplattform-om-mindfulness/ (hämtad 2019-01-19).

99. GoodTherapy.org. Guided therapeutic therapy. www.goodtherapy.org/learn-about-therapy/types/guided-therapeutic-imagery (hämtad 2019-01-19).

100. Alternativmedicin. Autogen träning. http://www.alternativmedicin.se/Behandlingsformer/Autogen_tr%C3%A4ning.html (hämtad 2019-01-20).

101. Village A. Dimensions of belief about miraculous healing. Mental Health, Religion & Culture. 2005;8:97–107.

102. Ellyard L. The Ultimate Reiki Guide for Practitioners and Masters: O Books; 2006.

103. Eliade M. Shamanism, Archaic Techniques of Ecstasy: Princeton University Press; 1972.

104. Winkelman M. Shamanism: A Biopsychosocial Paradigm of Consciousness and Healing. Santa Barbara, CA: Praeger; 2010.

105. Freeman LW. Mosby's Complementary and Alternative Medicine. A Research-Based Approach, 3rd ed.: Mosby; 2008.

106. Svensk gastroenterologisk förening. Riktlinjer. Funktionell mag–tarmsjukdom. http://svenskgastroenterologi.se/riktlinjer/ (hämtad 2019-01-20).

107. Alternativmedicin. Reinkarnationsterapi. www.alternativmedicin.se/Behandlingsformer/Reinkarnationsterapi.html (hämtad 2019-01-20).

108. Läkemedelsverket. Växtbaserade läkemedel, traditionella växtbaserade läkemedel och naturläkemedel. https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Foretag/Vaxtbaserade-lakemedel-traditionella-vaxtbaserade-lakemedel-och-naturlakemedel/ (hämtad 2019-01-20).

109. Vickers A., Zollman C. ABC of complementary medicine. Herbal medicine. Brit Med J. 1999;319:1 050–53.

110. Eselböck G. Handbok i homeopatisk teori. Stockholm: HomeopatiForum; 2013.

111. European Academies Science Advisory Council. Homeopathic products and practices: assessing the evidence and ensuring consistency in regulating medical claims in the EU. https://easac.eu/publications/details/homeopathic-products-and-practices/ (hämtad 2019-01-20).

112. Hahn RG. Homeopathy: meta-analyses of pooled clinical data. Forsch Komplementmed. 2013;20(5):376–81.

113. Price S., Price L. Aromatherapy for health care professionals, 4t^{h} edition: Elsevier; 2011.

114. Svenska Sällskapet för Ortomolekylär Medicin. www.ortomolekylar.se/ (hämtad 2019-01-20).

115. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforrorelse organenssjukdomar (hämtad 2019-01-20).

116. Sears ME. Chelation: Harnessing and enhancing heavy metal detoxification – a review. Scientific World J 2013:219840.

117. Ernst E. Chelation therapy for coronary heart disease: An overview of all clinical investigations. Am Heart J. 2000;140:139–41.

118. Weber W., Newmark S. Complementary and alternative medical therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder and autism. Pediat Clin N Am.207:983–1006.

119. Alternativmedicin. Kristallterapi. www.alternativmedicin.se/Behandlingsformer/Kristallterapi.html (hämtad 2019-01-20).

120. Pallivalappila AR., Stewart D., Shetty A., Pande B., McLay JS. Complementary and alternative medicines use during pregnancy: a systematic review of pregnant women and health-care professional views and experiences. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:205639.

121. Ernst E., Watson LK. Midwives' use of complementary/alternative treatments. Midwifery. 2012;28(6):772–7.

122. Mårtensson L., Wallin G. Use of acupuncture and sterile water injection for labor pain: a survey in Sweden. Birth. 2006;33 (4):289–96.

123. Arman M., Hammarqvist AS., Kullberg A. Anthroposophic health care in Sweden – a patient evaluation. Complement Ther Clin Pract. 2011;17(3):170–8.

124. Matthews A., Haas DM., O'Mathuna DP., Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015(9):CD007575.

125. Smith CA., Armour M., Dahlen HG. Acupuncture or acupressure for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017;10:CD002962.

126. Smith CA., Collins CT., Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011(7):CD009215.

127. Hall HG., Griffiths DL., McKenna LG. The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. Midwifery. 2011;27(6):817–24.

128. Zhou K., Zhang J., Xu L., Wu T., Lim CE. Chinese herbal medicine for subfertile women with polycystic ovarian syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2016;10:CD007535.

129. Evans K., Morrell CJ., Spiby H. Systematic review and meta-analysis of non-pharmacological interventions to reduce the symptoms of mild to moderate anxiety in pregnant women. J Adv Nurs. 2018;74(2):289–309.

130. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. http://termbank.socialstyrelsen.se/ (hämtad 2019-01-20).

131. Wallerstedt SM. Biverkningar av läkemedel. www.fass.se/LIF/menydokument?userType=0&menyrubrikId=120 (hämtad 2019-01-20).

132. Owen DD, red. Principles and Practice of Homeopathy. The Therapeutic and Healing Process. Southampton: Churchill Livingstone Elsevier; 2007.

133. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2018. www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20859/2018-3-4.pdf (hämtad 2019-01-20).

134. Ernst E., White AR. Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review. Am J Med. 2001;110(6):481–5.

135. Ernst E. Acupuncture – a treatment to die for? J R Soc Med. 2010;103(10):384–5.

136. Xu S., Wang L., Cooper E., Zhang M., Manheimer E., Berman B., et al. Adverse events of acupuncture: a systematic review of case reports. Evidence-Based Complement Altern Med. 2013.

137. He W., Zhao X., Li Y., Xi Q., Guo Y. Adverse events following acupuncture: a systematic review of the Chinese literature for the years 1956–2010. J Altern Complement Med. 2012;18 (10):892–901.

138. Bergqvist D. Vascular injuries caused by acupuncture. A systematic review. Int Angiol. 2013;32(1):1–8.

139. Adams D., Cheng F., Jou H., Aung S., Yasui Y., Vohra S. The safety of pediatric acupuncture: a systematic review. Pediatrics. 2011;128(6):e1 575–87.

140. Stock W. Homöopathische Injektabilia. Deutscher Apotheker Zeitung. 2002;142:40–4.

141. Posadzki P., Alotaibi A., Ernst E. Adverse effects of homeopathy: a systematic review of published case reports and case series. Int J Clin Pract. 2012;66(12):1 178–88.

142. Forsman S. Homeopati kan vara farligt vid hudsjukdomar och allergier. Läkartidningen. 1991;68:1 672.

143. Stub T., Musial F., Kristoffersen AA., Alraek T., Liu J. Adverse effects of homeopathy, what do we know? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2016;26:146–63.

144. Posadzki P., Watson LK., Ernst E. Adverse effects of herbal medicines: an overview of systematic reviews. Clin Med (Lond). 2013;13(1):7–12.

145. Farah MH., Edwards R., Lindquist M., Leon C., Shaw D. International monitoring of adverse health effects associated with herbal medicines. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2000;9(2):105–12.

146. Svedlund E., Larsson M., Hagerkvist R. Spontaneously reported adverse reactions for herbal medicinal products and natural remedies in Sweden 2007–15: Report from the Medical Products Agency. Drugs Real World Outcomes. 2017;4(2):119–25.

147. Grollman AP., Marcus DM. Global hazards of herbal remedies: lessons from Aristolochia. EMBO Rep. 2016;17(5):619–25.

148. Posadzki P., Watson L., Ernst E. Contamination and adulteration of herbal medicinal products (HMPs): an overview of systematic reviews. Eur J Clin Pharmacol. 2013;69(3):295–307.

149. Genuis SJ., Schwalfenberg G., Siy AK., Rodushkin I. Toxic element contamination of natural health products and pharmaceutical preparations. PLoS One. 2012;7(11):e49676.

150. Läkemedelsverket. Uppföljning av informationskampanj om riskerna med olaga försäljning av läkemedel via Internet. https://lakemedelsverket.se/upload/nyheter/2010/Uppf%C3%B6ljning av informationskampanjen Crimemedicine 2010-06-01.pdf (hämtad 2019-01-20). 2010.

151. Jonsson U., Johanson J., Nilsson E., Lindblad F. Adverse effects of psychological therapy: An exploratory study of practitioners' experiences from child and adolescent psychiatry. Clin Child Psychol Psychiatry. 2016;21(3):432–46.

152. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. Perspect Psychol Sci. 2007;2(1):53–70.

153. Bystedt S., Rozental A., Andersson G., Boettcher J., Carlbring P. Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. Cogn Behav Ther. 2014;43(4):319–31.

154. Rapport från Bergwallkommissionen. SOU 2015:52. www.regeringen.se/49bee8/contentassets/4ed0d8cbf1bc490d9ebe5a4c517dff71/sou-2015-52-rapport-fran-bergwallkommissionen.pdf (hämtad 2019-01-20).

155. Jacobson JW., Mulick JA., Schwartz AA. A history of facilitated communication: Science, pseudoscience, and antiscience. American Psychologist. 1995;50:750–65.

156. Skolinspektionen. Beslut 2014-12-19, dnr 41-2014:4801.

157. Goff DC., Falkai P., Fleischhacker WW., Girgis RR., Kahn RM., Uchida H., et al. The long-term effects of antipsychotic medication on clinical course in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2017;174(9):840–9.

158. Boström H. Biverkningspanorama vid alternativmedicinsk verksamhet: Svenska Läkaresällskapets Förlag; 1989.

159. Stub T., Quandt SA., Arcury TA., Sandberg JC., Kristoffersen AE., Musial F., et al. Perception of risk and communication among conventional and complementary health care providers involving cancer patients' use of complementary therapies: a literature review. BMC Complement Altern Med. 2016;16:353.

160. Boon H., MacPherson H., Robinson N. Recent research shows maturity in addressing safety issues associated with CAM therapies. Eur J Integrative Med. 2014;6:401–03.

161. White AR., Boob H., Alraek T., Lewith G., Liu J-P., Norheim A-J., et al. Reducing the risk of complementary and alternative medicine (CAM): Challenges and priorities. Eur J Integrative Med. 2014;6:404–08.

162. Falkenberg T. Integrativ hälso- och sjukvård i ett globalt perspektiv. Socialmedicinsk Tidskrift, nr 1. 2017:13–21.

163. Falkenberg T., Finer D., Haglund BJA. Tema: Integrativ hälso- och sjukvård med fokus på Vidarkliniken. Socialmedicinsk Tidskrift, nr 1. 2017:9–12.

164. Integrativ medicin. http://integrativ-medicin.se (hämtad 2019-03-10).

165. Boon H., Verhoef M., O'Hara D., Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. BMC Health Serv Res. 2004;4(1):15.

166. Sundberg T., Halpin J., Warenmark A., Falkenberg T. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care. BMC Health Serv Res. 2007;7:107.

167. Sundberg T. Exploring integrative medicine for back and neck pain. On the integration of manual and complementary therapies in Swedish primary health care. Avhandling. Karolinska Institutet. 2010.

168. KAM-kommittén för komplementär och alternativ medicin. Målsättning och ändamål. www.kam.tm/ (hämtad 2019-01-20).

10 KAM-perspektiv på hälso- och sjukvården

- I de flesta framställningar om KAM skrivna av KAM-förespråkare är kritiken mot hälso- och sjukvården ett framträdande inslag.
- Kritiken gäller bl.a. att hälso- och sjukvården är kulturellt och sociopolitiskt begränsad, att den har ett snävt biomedicinskt perspektiv, är reduktionistisk, teknikorienterad, hierarkisk, dyr, att den fokuserar på sjukdom i stället för hälsa samt att den i alltför hög utsträckning litar till vetenskaplig evidens.
- Vårdsökande som är kritiska mot hälso- och sjukvården pekar bl.a. på bristande tid vid patientmötet, brister i det personliga bemötandet samt hänvisar till att risken för biverkningar är större än vid KAM-terapi.

I våra samtal med KAM-förespråkare har det varit mycket vanligt att man framfört kritik mot hälso- och sjukvården. I de flesta framställningar om KAM skrivna av akademiska KAM-förespråkare är också kritiken mot hälso- och sjukvården ett framträdande inslag (t.ex. [1–3])

I utredningens direktiv ingår att vi ska bidra till att ”… öka kontakterna och förståelsen mellan den etablerade vården och den vård som är utanför den etablerade vården …”. För att förstå vad skilda synsätt på KAM handlar om, redovisar vi i detta kapitel huvudpunkterna i den kritik som KAM-företrädare riktar mot hälso- och sjukvården. I kapitel 11 redovisas den kritik som brukar riktas mot KAM.

Utredningen är väl medveten om att hälso- och sjukvårdens medarbetare kan uppfatta flera kritikpunkter i detta kapitel som provocerande och generaliserande.

Enligt många KAM-företrädare är hälso- och sjukvården alltför statisk ur filosofisk synpunkt och den är kulturellt och sociopolitiskt begränsad. Den sägs också ha ett snävt biomedicinskt perspektiv, vara reduktionistisk, materialistisk, newtonsk, positivistisk, objektivistisk, deterministisk, hierarkisk, teknikorienterad och dyr. Vidare framhåller KAM-företrädare ofta att hälso- och sjukvården i alltför hög grad fokuserar på sjukdom i stället för hälsa och att den litar för mycket till vetenskaplig evidens.

Det mest övergripande motargumentet från företrädare för hälso- och sjukvården är att KAM-förespråkarnas bild av hälso- och sjukvården är endimensionell och schablonartad. Vårdprofessioner, patientorganisationer, statliga myndigheter och sjukvårdshuvudmännen själva har ändå ofta kritiska synpunkter på hur hälso- och sjukvården fungerar i praktiken och orsakerna till att tilliten till hälso- och sjukvården kan svikta. Vi tar här upp ett par punkter som kan vara av särskild relevans för KAV som alternativ eller komplement till hälso- och sjukvård.

Sviktar befolkningens förtroende? I en internationell jämförelse av attityder till hälso- och sjukvården i 11 länder, genomförd av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund 2016 (4), har den svenska allmänheten visat sig vara mer kritisk till hälso- och sjukvården än allmänheten i de flesta andra länder i västvärlden (USA undantaget). En minskande andel av befolkningen anser att hälso- och sjukvården i stort sett fungerar bra (nedgång från 44 procent 2010 till 31 procent 2016) (4).

Samtidigt finns andra omständigheter som modifierar denna vitt spridda bild av svenskarnas kritiska attityd till hälso- och sjukvården (underförstått att bristande tillit till hälso- och sjukvården skulle vara orsak till att många söker sig till KAM):

- Den nationella patientenkäten visar att de flesta patienter bedömer sitt helhetsintryck av hälso- och sjukvården som positivt – i öppenvården är andelarna 80 procent inom primärvård och psykiatri och 90 procent i somatisk specialistvård (5).

- I SOM-institutets[1] årliga undersökningar av förtroendet för olika typer av svenska institutioner ligger sjukvården tillsammans med universiteten klart i topp i den så kallade förtroendebalansen (6). Förtroendet för sjukvården sjönk visserligen under början av 1990-talet men har varit oförändrat under de senaste två årtiondena (6).
- När International Social Survey Programme (ISSP) år 2011 undersökte förtroendet för vården i 16 OECD-länder låg Sverige näst högst (efter Belgien) (7). Här är det viktigt att poängtera att undersökningen gällde just *förtroendet* för hälso- och sjukvården, medan de jämförelser The Commonwealth Fund gjort (se ovan) också innefattar faktorer som nöjdhet med vården och uppfattningar om tillgänglighet och om hur hälso- och sjukvårdssystemet i stort fungerar.
- Den stora majoriteten av patienter som haft tätare kontakt med vården, särskilt de som vårdats på sjukhus, är nöjda eller mycket nöjda med den vård de fått, något som visats i en rad nationella kvalitetsregister (8).
- Missnöje med hälso- och sjukvården förefaller inte vara den vanligaste orsaken till att en person söker sig till KAM; vanligare är att man aktivt söker sig till en behandling av annan karaktär än den hälso- och sjukvården erbjuder, då med betoning på exempelvis holism eller ”det naturliga” (9).

Patienters krav på hälso- och sjukvården. Patienter ställer, fullt befogat, allt större krav på att få god service, gott bemötande och de önskar vara delaktiga i vården. Ofta tycker patienter att de inte får tillräcklig tid vid vårdmötet och att kontinuiteten brister i hälso- och sjukvården. De kan finna att deras behov i dessa avseenden tillgodoses bättre inom KAM-vården – det finns författare som ser intresset för KAM som en form av konsumentrörelse med ökad konsumentmakt över hur individen själv väljer hur han eller hon vill tillgodose sina behov (10).

Förväntansspiralen. För många sjukdomar har hälso- och sjukvården nått mycket stora framsteg när det gäller att minska risken för insjuknande, förbättra livskvalitet och funktion och minska

[1] SOM-institutet är en opartisk undersökningsorganisation vid Göteborgs universitet. Institutets namn är en förkortning för Samhälle, Opinion och Medier.

risken för död. Framstegen har skapat förväntningar på fortsatta framsteg – allmänhet och patienter förväntar sig att vården ska klara av fler och fler problem, effektivare och med mindre biverkningar. Särskilt när det gäller kroniska sjukdomar kan vården långt ifrån alltid leva upp till de högt ställda förväntningarna (blotta det faktum att de är kroniska innebär att man inte har någon fullständig bot) (11).

Managementdriven vård och personligt engagemang. När hälso- och sjukvården i allt högre utsträckning gått från hantverk ("läkekonst") till fokus på hög produktion, något som många patienter liksom vårdens medarbetare upplever som en industrialisering av vården, har det skett på bekostnad av sämre kontinuitet mellan patient och vårdpersonal. Ofta upplevs också personalens personliga engagemang som otillräckligt och förmågan att ta hänsyn till patientens upplevelser som begränsad. Då skulle KAM-vården med dess fokus på det personliga och oftast god kontinuitet mellan patient och terapeut kunna upplevas som ett mer tilltalande alternativ (9)

Risk för biverkningar och vårdskador. Många av hälso- och sjukvårdens insatser, som kirurgiska åtgärder och användandet av potenta läkemedel, är förenade inte bara med bevisat gynnsamma effekter utan också med dokumenterade risker. Patienters benägenhet att ta risker för möjligheten att bli botad, få symtomlindring eller förebygga (åter)insjuknande varierar kraftigt. Är man mindre riskbenägen, kan vissa KAM-metoder med låg risk för biverkningar te sig mer attraktiva även om det skulle saknas vetenskapligt underlag för att behandlingen hjälper.

Patientinformation. Legitimerad vårdpersonal har enligt patientlagen krav på att informera om för- respektive nackdelar med en behandling. I detta ingår information om möjliga biverkningar, till exempel när läkemedel förskrivs och när de expedieras på apotek. Åtminstone en del patienter kan därigenom få minskat förtroende för de metoder som används i hälso- och sjukvården (andra kan i stället få ökat förtroende när de informeras fullt ut).

Referenser

1. Baer H. Toward an integrative medicine: merging alternative therapies with biomedicine. Walnut Creek, CA AltaMira Press; 2004.
2. Kienle GS., Albonico H-U., Baars E., Hamre HJ, Zimmermann P., Kiene H. Anthroposophic medicine: An integrative medical system originating in Europe. Global Avd Health Med 2013;2:20–31.
3. Micozzi M. Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine, 6th ed. St. Louis, USA: Elsevier; 2019.
4. Vårdanalys. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund. www.vardfokus.se/globalassets/2016/november/varden-ur-befolkningens-perspektiv-2016---en-jamforelse-mellan-sverige-och-tio-andra-lander.pdf 2016 (hämtad 2019-01-21).
5. Sveriges landsting och regioner i samverkan. Nationell patientenkät. https://patientenkat.se/sv/resultat/barn-och-ungdomspsykiatri-oppenvard-2018/ (hämtad 2019-01-19).
6. Holmberg S., Weibull L. Långsiktiga förändringar i svenskt institutionsförtroende. https://som.gu.se/digitalAssets/1649/1649007_039-058-holmberg-o-weibull.pdf (hämtad 2019-01-21).
7. Vårdanalys. Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Rapport 2018:4.
8. Nationella kvalitetsregister. http://kvalitetsregister.se/index.html (hämtad 2019-01-21).
9. Arman M., Hammarqvist AS., Kullberg A. Anthroposophic health care in Sweden – a patient evaluation. Complement Ther Clin Pract. 2011;17(3):170-8.
10. Synovitz LB., Larson KL. Complementary and alternative medicine for health practioners. A holistic approach to consumer health. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2013.
11. Bausell RB. Snake Oil Medicine. The Truth About Complementary and Alternative Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2007.

11 Debatten om KAM

- Kritiska synpunkter på KAM finns främst bland vårdprofessionerna och forskare inom medicin och naturvetenskap, liksom bland personer som är allmänt skeptiskt inställda till vad man kallar pseudovetenskap.
- Centralt i kritiken mot KAM är bristande vetenskapligt stöd och att många KAM-metoder saknar rationella förklaringar.
- KAM kritiseras också för att vara snävt individualistisk och ge utrymme för bedrägligt beteende.
- Upplevda förbättringar hos de som söker KAM kan enligt kritikerna förklaras av bl.a. ospecifika effekter och spontana förbättringar.
- Enligt kritikerna kännetecknas många av dem som förespråkar KAM av kunskapsresistens och en allmän skepsis mot ”det medicinska etablissemanget”.

11.1 Läsanvisning

Medan vi i föregående avsnitt bl.a. redovisat KAM-förespråkarnas syn på hälso- och sjukvården, sammanfattar vi här de synpunkter på KAM som framförts av KAM-kritiker.

I utredningens uppdrag ingår att den ska ”… bidra till att öka kontakterna och förståelsen mellan den etablerade vården och den vård som är utanför den etablerade vården …”. Syftet med detta kapitel är att, som grund för ovanstående uppdrag, redovisa de viktigaste invändningarna som brukar anföras mot KAM. Utredningen är väl medveten om att flera av kritikpunkterna kan uppfattas som

provocerande och generaliserande av de som arbetar inom KAM-området och av dem som söker KAV.

De flesta av invändningarna mot KAM utgår från uppfattningen att hälso- och sjukvård bör bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och att KAM brister när det gäller det vetenskapliga underlaget. Liksom den kritik mot hälso- och sjukvården som vi redovisat i föregående kapitel visar kritiken mot KAM att vägen är lång om man vill nå en bättre förståelse mellan KAM å ena sidan och hälso- och sjukvården å den andra. Många KAM-kritiker bejakar ökad kunskap om KAM men inte ökad förståelse i den meningen att metoder och bakomliggande förklaringsgrunder kan accepteras.

11.2 Aktörer

Den mest uttalade kritiken mot KAM finns bland läkare och andra vårdprofessioner och bland forskare inom medicin och naturvetenskap. Till kritikerna hör också personer som är allmänt skeptiskt inställda till vad man kallar pseudovetenskap, spiritism och paranormala fenomen. Bland dessa återfinns exempelvis vissa humanister, samhällsvetare, politiker och journalister.

I den vetenskapliga litteraturen är det vanligt att KAM ifrågasätts. Många vetenskapliga sammanslutningar har uttryckt stark kritik mot KAM. Så t.ex. har European Academies Science Advisory Council, en samarbetsorganisation för vetenskapliga akademier i Europa (med Kungliga Vetenskapsakademin som svensk medlemsorganisation) publicerat ett dokument 2018 där man uttalar sig mycket kritiskt om homeopati (1).

Det finns ett löst sammanhållet internationellt nätverk av personer som granskar bl.a. KAM och dess utövare ur ett kritiskt perspektiv (*The Sceptics Society*) (2). Ofta talas om *skeptikerrörelsen*. I utredningens intervjuer har företrädare för rörelsen föredragit begreppet *Science Defenders*, som tydligare beskriver vad det handlar om, nämligen att främja vetenskap. I Sverige har föreningarna *Vetenskap och Folkbildning* (*VoF*) och *Förbundet Humanisterna* denna inriktning, liksom tidskrifterna *Folkvett*, utgiven av VoF, och *Sans*, utgiven av Förlaget Fri Tanke.

Mycket av kritiken mot KAM finns samlad på webbplatsen www.quackwatch.com, sammanställd av den amerikanske läkaren

Stephen Barrett. Under ett avsnitt med rubriken *Questionable Products, Services and Theories* har han samlat kritik mot ett 100-tal KAM-metoder. I Europa har framför allt Edzard Ernst, tidigare professor i komplementärmedicin vid University of Exeter, publicerat böcker och artiklar med kritik mot en rad KAM-metoder för deras bristande vetenskapliga underlag (t.ex. [3–5]).

Skeptikerrörelsen/Science Defenders är föremål för massiv kritik i sociala medier från de som försvarar KAM. Motståndet gäller bl.a. vad man uppfattar som övertro på vetenskap. Man beskyller rörelsen för att ha sina rötter i konservativa tankesmedjor och internationella affärsintressen (6), påståenden som Science Defenders avvisar som rena påhitt.

11.3 Avsaknad av rationella förklaringar och vetenskapligt stöd

Rationella förklaringar saknas. Enligt kritikerna saknas (utöver ospecifika effekter) rationella förklaringar för de flesta av KAM-systemen och deras praktiska tillämpningar (t.ex. [5]). Homeopatin brukar framhållas som det främsta exemplet. Kritikerna accepterar inte att ämnen kan potensieras genom utspädning, dvs. att man genom denna process frigör de andliga krafterna hos ett ämne. Man påpekar att det efter extrem utspädning knappast finns några verksamma molekyler kvar (1). Förespråkare för KAM menar att kritiken är uttryck för en inskränkt vetenskapssyn och brist på vetenskaplig nyfikenhet se också kapitel 14, (7).

Kritiker av KAM avvisar de tankar om energiflöden som många KAM-metoder bygger på (se kapitel 11), eftersom de finner att det saknas vetenskapligt stöd för att sådana flöden existerar. De anser att det rör sig om ren trosuppfattning utan vetenskaplig grund (5). På motsvarande sätt är de kritiska mot tanken att människans välbefinnande och därmed val av läkemedel skulle vara beroende av kosmos (enligt livsfilosofier som vissa KAM-system bygger på) (8). De avvisar även religiösa och pseudoreligiösa inslag i vissa KAM-system (9) (mest utpräglat i helbrägdagörelse och vissa former av healing). De accepterar inte uppfattningen om reinkarnation (9), central i många KAM-system, t.ex. antroposofi, ayurvedisk medicin och många holistiska rörelser knutna till New Age.

Det är inte ovanligt att KAM-förespråkare förklarar effekterna av vissa KAM-terapier genom att hänvisa till kaosteori, relativitetsteori, kvantteori, kvantmekanik, kvantfysik, fraktaler, psifaktorn, interaktioner mellan all materia i universum, Heisenbergs osäkerhetsprincip, etc. KAM-kritikerna menar att, även om denna typ av verifierbara fenomen existerar, så saknas rimlig koppling till energiflöden i kroppen och KAM-metoder (10). Syftet med att åberopa den nya fysiken är, menar KAM-kritiker, att relativisera handfasta fakta.

Avsaknad av stöd från empiriska vetenskapliga studier. Den huvudsakliga kritiken mot KAM och dess praktiska tillämpningar rör frågor kring det vetenskapliga stödet för de diagnostiska och terapeutiska KAM-metoderna (5, 10). Kritikerna hävdar att de (fåtaliga) metoder som visat sig ha vetenskapligt stöd kan tas upp av hälso- och sjukvården. Det finns t.o.m. kritiker som föreslår att själva definitionen av KAM är att de metoder som används saknar vetenskapligt stöd. Som vi påpekar i kapitel 2, är en sådan skiljelinje mot hälso- och sjukvården problematisk. Även om hälso- och sjukvårdens ambition är att arbeta med metoder som har vetenskapligt stöd, har många insatser fortfarande bristfälligt vetenskapligt stöd, de bygger i stället på beprövad erfarenhet. Olika uppfattningar om vilka krav på vetenskapligt stöd som ska ställas på KAM-metoder diskuteras i kapitel 14 och 16.

Kritikerna av KAM pekar på att det trots allt finns en mycket omfattande vetenskaplig litteratur med ett stort antal artiklar där KAM-metoder utvärderats, men att studierna är av för dålig kvalitet eller så har de inte kunnat påvisa säkerställda effekter. De anser också att den stora amerikanska statliga satsningen på KAM-forskning via *National Center of Complementary and Integrative Health* (NCCIH, se kapitel 7) givit ytterst begränsade resultat. Förespråkarna för KAM framhåller däremot att svagt vetenskapligt stöd i mycket beror på bristande forskningsresurser och/eller på att ett felaktigt vetenskapligt paradigm tillämpats när KAM-metoder utvärderats. De skilda tolkningarna av det vetenskapliga underlaget för KAM diskuteras i kapitel 14.

Många storsäljande populärvetenskapliga böcker, tidnings- och tidskriftsartiklar och artiklar i sociala medier presenterar förklaringsmodeller till psykisk eller fysisk ohälsa och hur man botar sådana tillstånd. Ofta saknas vetenskapligt underlag eller så är urvalet höggradigt selekterat eller misstolkat, anser de som är kritiskt inställda

mot denna typ av litteratur – kritikerna brukar tala om *pseudovetenskap* (11, 12).

11.4 Förklaringar till upplevda KAM-effekter

KAM-kritiker framhåller att de gynnsamma effekter av KAM-terapi som många vårdsökande upplever mycket väl kan ha andra förklaringar än specifika effekter av behandlingen.

Ospecifika effekter. Kritikerna brukar framhålla ospecifika effekter (placeboeffekter i bred mening) som förklaring till att många individer upplever att de har nytta av olika KAM-terapier. Placeboeffekten kan ses som en störfaktor när de specifika effekterna av en viss terapi ska utvärderas. Men det kan också handla om tilltro till själva terapin och, sammanvävt med detta, ett förtroende för terapeuten och dennas förmåga att skapa förväntningar kring terapin (10). Ospecifika effekter diskuteras närmare i kapitel 15.

Sjukdomars naturliga förlopp. En vanlig förklaring till att KAM-terapier till synes är framgångsrika är att man inte tar hänsyn till sjukdomars naturliga förlopp (samma kritik kan för övrigt riktas mot många utvärderingar av hälso- och sjukvårdens behandlingsmetoder). Många sjukdomar går över av sig själva oavsett terapi eller inte. Dessutom går de flesta kroniska sjukdomarna i skov, dvs. symtomen varierar i svårighet. Ytterligare en förklaring kan vara att man i regel söker hjälp när symtomen tilltar eller är som värst. Sjukdomens naturliga förlopp innebär då oftast förbättringar när behandlingseffekter utvärderas senare i förloppet (10).

11.5 Kulturella faktorer som bidrar till intresset för KAM

Medicinska traditioner. Många människor har en allmän strävan att försöka närma sig det ursprungliga och det ”naturliga” och föredrar äldre eller avvikande förklaringsmodeller, något som, enligt kritikerna, utnyttjas av många KAM-utövare (10).

Att en filosofi, medicinsk skola eller viss terapi är traditionell, innebär dock ingen garanti för att den är verksam eller ofarlig, menar kritikerna. Det är långt från säkert att månghundraåriga medicinska traditioner har sållat fram verksamma och sållat bort overksamma

eller riskfyllda behandlingar. De kanske främsta exemplen som brukar framhållas är åderlåtning och lavemangskurer, vilka har mycket lång tradition i många länder men där riskerna vid de flesta sjukdomstillstånd visat sig vara långt större än eventuell nytta.

Att man tonar ner folkmedicinens betydelse innebär inte att man förnekar att vissa terapier i hälso- och sjukvården har rötter i nell medicin. Som exempel brukar man ange transkutan nervstimulering, hypnoterapi och en lång rad läkemedel som t.ex. morfin, atropin och digitalis.

Antietablissemang och kunskapsresistens. Som beskrivs i kapitel 10 ifrågasätter förespråkare för KAM ofta vad man kallar det medicinska etablissemanget. Vissa kritiker anser att KAM-verksamheterna utnyttjar allmänna stämningar mot alla former av etablissemang.

Nära knuten till stämningar mot ”det medicinska etablissemanget” är frågan om kunskapsresistens, även benämnd faktaresistens. Denna fråga har, menar KAM-kritikerna, blivit alltmer aktuell under senare år, när vetenskapligt baserad kunskap (och vetenskapen i sig) kommit att ifrågasättas, inte minst i sociala medier (13, 14).

Det faktum att det vetenskapliga underlaget är bräckligt på många områden inom medicinen, ger utrymme för att framföra nya uppfattningar om sjukdomars uppkomst och deras behandling. Kritikerna av KAM menar att sådana alternativa förklaringsmodeller inte granskas med tillräcklig skärpa – de betecknar detta som ”pseudovetenskap”. Kritikerna reagerar mot att det ibland lanseras konspirationsteorier som bygger på att myndigheter och etablissemang döljer viktiga sanningar; ett exempel är den amerikanske författaren Kevin Trudeaus omstridda bok *Natural Cures ”They” Don’t Want You To Know About* (15).

11.6 ”Nyttiga” och självförvållade sjukdomar

”Nyttiga” sjukdomar. Vissa grenar av KAM betonar att sjukdom kan innebära nyttiga erfarenheter eller ha långsiktiga hälsoeffekter. Det tydligaste uttrycket för detta är antivaccinationsrörelsen som funnits så länge vaccinationer funnits och som lyfter fram nyttan med att gå igenom vanliga barnsjukdomar och vaccinationernas kända och potentiella biverkningar (16). De som motsätter sig denna uppfattning

menar att uppfattningen om ”nyttiga” sjukdomar kan leda till försämrad folkhälsa och spridning av farliga epidemiska sjukdomar (9).

Självförvållad sjukdom. I hälso- och sjukvården är det vanligt att man talar om självförvållad sjukdom orsakad av ogynnsamma levnadsvanor som rökning och annat missbruk, ohälsosamma kostvanor, brist på fysisk aktivitet eller alltför riskfyllda fysiska aktiviteter. Många KAM-system (mest tydligt inom naturopati och funktionsmedicin) har samma synsätt. Men dessutom framhåller vissa KAM-utövare att upplevd sjukdom kan vara uttryck för en svag karaktär, närvaron av onda andar eller individens omedvetna intention att söka ohälsa (17). Detta, menar KAM-kritikerna, leder till orättfärdiga skuldkänslor.

11.7 Övrig kritik mot KAM

Snävt individualistiskt perspektiv. Även om många KAM-system och KAM-metoder gör anspråk på att vara holistiska, är perspektivet i regel snävt individualistiskt (18). KAM handlar bara i begränsad utsträckning om arbetsförhållanden, socioekonomiska villkor, miljö och klimat. Det gör att man i komplementär och alternativ vård ofta bortser från viktiga bestämningsfaktorer för hälsa och ohälsa, menar kritikerna.

Avsaknad av kritisk hållning till egna metoder. Hälso- och sjukvården utgår i stor utsträckning från ett vetenskapligt förhållningssätt. I detta ingår en kritisk hållning till de metoder man använder. Det är vanligt att metoder omprövas, många av dem utmönstras. Motsvarande omprövningar är mindre vanliga inom KAV där man, enligt de som ifrågasätter KAM, sällan kritiskt granskar de egna metoderna och omprövar dem i ljuset av nya vetenskapliga rön. När KAM-förespråkare åberopar vetenskapligt stöd för en terapi, är urvalet av dokumentation selektivt.

Utrymme för bedrägligt beteende. De som kritiserar KAM brukar kunna ge en rad exempel på hur skrupelfria personer utnyttjar människors strävan att gå ner i vikt, botas från sjukdom och nå ett långt liv. Kritikerna menar att en sektor där så mycket är trosbaserat och bygger på svårfångade fenomen som kroppsenergier ger särskilt stort utrymme för olika former av bedrägligt beteende, ofta av kommersiella skäl (5, 10, 19). Dessa anklagelser riktas i första hand mot vissa modeterapier (som initialt kan ha lanserats i bästa välmening).

Några av de områden som pekats ut där bedrägeri/humbug skulle vara särskilt vanligt är behandling av fetma, cancer, artrit (ledförslitning) och impotens (20).

Referenser

1. European Academies Science Advisory Council. Homeopathic products and practices: assessing the evidence and ensuring consistency in regulating medical claims in the EU, https://easac.eu/publications/details/homeopathic-products-and-practices/ (hämtad 2019-01-20).
2. The Sceptics Society. A Brief Introduction. www.skeptic.com/about_us/ (hämtad 2019-01-21).
3. Ernst E., Pittler MH., Wider B. The desktop guide to complementary and alternative medicine: an evidence-based approach London: Mosby; 2001.
4. Ernst E., Pittler MH., Wider B., Boddy K. Oxford Handbook of Complementary Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2008.
5. Singh S., Ernst E. Salvekvack och kvacksalveri. Alternativmedicinen under luppen. Stockholm: Leopard förlag; 2009.
6. Skeptikerskolan. Affärsintressen bakom den internationella skeptikerrörelsen. http://skeptikerskolan.se/2014/08/11/affarsintressen-bakom-den-internationella-skeptikerrorelsen/ (hämtad 2019-01-21).
7. Micozzi M. Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine, 6th ed. St. Louis, USA: Elsevier; 2019.
8. Hansson S-O. Antroposofi och medicinsk vetenskap. Läkemedlen utvalda efter kosmiska samband. Läkartidningen. 1990;87:1 464–5.
9. Hansson S-O. Antroposofisk medicin – en granskning. Folkvett. 2002;Nr 2.
10. Bausell RB. Snake Oil Medicine. The Truth About Complementary and Alternative Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2007.

11. Fagerström T., Larhammar D. Granska pseudovetenskapen. Debattartikel, Upsala Nya Tidning, 2011-09-04. www.unt.se/asikt/debatt/granska-pseudovetenskapen-1441988.aspx (hämtad 2019-01-23).

12. Hansson SO. Vad är pseudovetenskap? Del 1 och 2. www.vof.se/folkvett/ar-2008/nr-2/vad-ar-pseudovetenskap-del-1/ och www.vof.se/folkvett/ar-2008/nr-3/vad-ar-pseudovetenskap-del-2/ (hämtad 2019-01-23).

13. Larhammar D. Stå upp mot falska nyheter (hämtad 2019-01-21). Naturvetaren. 2017;Nr 1/2017:54.

14. Wikforss Å. Alternativa fakta. Om kunskapen och dess fiender. Stockholm: Fri tanke; 2017.

15. Trudeau K. Natural Cures ”They” Don’t Want You To Know About: Alliance Publishing; 2005 (updated version).

16. Bystrom E., Lindstrand A., Likhite N., Butler R., Emmelin M. Parental attitudes and decision-making regarding MMR vaccination in an anthroposophic community in Sweden – a qualitative study. Vaccine. 2014;32(50):6752–7.

17. McClelland Foster G., Gallatin Anderson B. Medical Anthropology. New York: John Wiley K Sons; 1978.

18. Brodin J-A. Religion till salu? En sociologisk studie av New Age i Sverige. Akademisk avhandling: Almqvist & Wiksell International, Stockholm.; 2001.

19. Isaksson H., Larhammar D. 2002 – skördeår för entreprenörer inom alternativmedicin. Läkartidningen. 2003;100:144–47.

20. Synovitz LB., Larson KL. Complementary and alternative medicine for health practioners. A holistic approach to consumer health. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2013.

12 Etiska aspekter på KAM

- De flesta yrkesorganisationer inom KAM-området har etiska regler för sina medlemmar. Dessa är snarlika de etiska regler som hälso- och sjukvårdens professioner har.
- Hälso- och sjukvårdens ”klassiska” etiska principer om att göra gott, inte skada, vara rättvis och respektera självbestämmandet kan tillämpas också inom KAM-området. Dessutom finns en rad andra etiska frågor, bl.a. om integritet, sekretess, informerat samtycke, medicinsk pluralism, hopp och kommersiella intressen.
- Enligt den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården ska fördelning av offentligt finansierade resurser ske utifrån behov, inte utifrån efterfrågan. Eftersom KAM-verksamheterna är privatfinansierade, spelar efterfrågan här en större roll.

Kapitlet inleds med en kort beskrivning av etikens utgångspunkter. Därefter följer en redogörelse för några av de etiska regler som yrkesförbund inom KAM-området tagit fram. KAM-området diskuteras sedan utifrån vissa etiska värden och grundprinciper.

En avgörande etisk fråga, inte minst när finansiering av KAM-verksamheter diskuteras, gäller prioriteringar. Därför ägnas ett större avslutande stycke av detta kapitel åt prioriteringsetik.

12.1 Utgångspunkter

Orden moral och etik används ofta överlappande, men de har delvis olika innebörder.

Människors *moral* visar sig i deras praktiska och faktiska handlande. Få ifrågasätter plikten att hjälpa människor som har drabbats av sjukdom eller olycka. De allra flesta är också överens om att man inte får utnyttja en annan människas svaghet för egna syften eller vansköta en svårt sjuk människa. Detta är en del av vår gemensamma värdegrund (1).

Etik är den systematiska reflektionen över mänskliga värderingar och handlingar och motiven för dessa. Man kan säga att etik är moralens teori. I etiken analyserar, tolkar, kritiskt granskar och systematiserar man argument eller principer för och emot ett visst handlande i en bestämd situation. Ett viktigt påpekande är att etiken långt ifrån täcker in alla aspekter på samhällssyn och livstolkning – etiken behöver avgränsas mot näraliggande områden som t.ex. politik, lagstiftning, rättstillämpning och livsåskådning (1).

De flesta svenska etiker brukar framhålla *den humanistiska människosynen* som en sammanhållande länk där olika livsåskådningar kan förenas (1). Trådar från olika utgångspunkter kan här löpa samman, vare sig utgångspunkterna är naturvetenskapliga, religiösa eller filosofiska. Den humanistiska människosynen innebär bl.a. att människan alltid bör vara ett mål i sig – hon kan alltid göra anspråk på respekt för sin egen skull. Denna människosyn förutsätter att människor kan välja fritt utifrån sitt förnuft och egna etiska överväganden och är beredda att ta ansvar för sina beslut (se dock resonemang nedan om beslutskapacitet). Den innebär också att människan är något annat och vida mer än sitt biologiska eller ekonomiska värde. Position i samhället, kön, ålder, ekonomiska tillgångar, etnisk bakgrund eller sexuell läggning avgör inte människovärdet – det är alltid knutet till människans existens, inte till det hen har och gör (1).

12.2 KAM-organisationernas etiska regler

De flesta yrkesorganisationerna inom KAM-området har etiska regler för sina medlemmar (se kapitel 6 och kapitel 17). Vi ger här (i något redigerad form) exempel på punkter som ingår i de etiska

reglerna för medlemmarna i några av föreningarna, nämligen Kroppsterapeuterna (2), Akupunkturförbundet Traditionell Kinesisk Medicin (3), KAM-kommittén (4) respektive Psykosyntesförbundet (5). Medlemmarna bör:

- Ha kunskap om och respektera de lagar och avtal som berör verksamheten
- Respektera patientens integritet och självbestämmande
- Inte särbehandla utifrån samhällsställning, livsåskådning, politisk inställning, etnicitet, kön eller sexuell läggning (här finns flera olika konstellationer i de olika föreningarnas regler)
- Iaktta tystnadsplikt och respektera förtroenden
- Arbeta för kundernas/patienternas hälsa och välbefinnande
- Endast genomföra motiverade undersökningar och inte ge behandlingar som kunderna/patienterna inte behöver eller vill ha
- Som terapeut hålla sig till det man är utbildad inom och inte arbeta utanför sitt kompetensområde
- Rekommendera annan behandling, exempelvis hänvisning till hälso- och sjukvården, när kunden/patienten så behöver
- Inte uttala sig nedsättande om andra terapeuter eller kollegor
- Följa god företagssed
- Vara seriös i sin prissättning och anpassa sitt arvode till prestationens art och omfattning
- Marknadsföra sig sakligt och korrekt.

Många av dessa punkter är gemensamma med vad som finns i de etiska reglerna för medlemmar i hälso- och sjukvårdens yrkesorganisationer.

Det förekommer också att de etiska reglerna innefattar krav på att föra journal (t.ex. Akupunkturförbundet och KAM-kommittén) eller att medlemmarna rekommenderas att föra minnesanteckningar (Psykosyntesförbundet). I Psykosyntesförbundets etiska regler sägs dessutom att utövaren i sin information ska vara tydlig med att han/hon inte behandlar och/eller botar diagnosticerade psykiska eller

andra sjukdomar. Där framhålls det också att man bara i undantagsfall ska behandla minderåriga och att man inte ska utnyttja klientens eventuella beroendeställning (5).

12.3 ”Klassiska” etiska principer i vården

Klassisk normativ medicinsk etik vilar på fyra grundprinciper med rötter i Hippokrates skrifter, som förenklat kan uttryckas genom uppmaningarna: Gör gott! Skada inte! Var rättvis! Respektera självbestämmandet!

När förespråkare för KAM tillämpar de två första av dessa principer på KAM-metoder är det vanligt att man hänvisar till studier eller praktiska erfarenheter som visat gynnsamma effekter utan biverkningar eller vårdskador. De rättviseaspekter som tas upp av förespråkarna gäller att många patienter måste avstå från KAM-terapi av ekonomiska skäl. Man framhåller att det är patienten själv som söker sig till KAM-utövaren och att detta är ett uttryck för deras fria val.

Gör gott! Få ifrågasätter att KAM-utövare har som syfte att hjälpa den vårdsökande. I stället handlar det om frågor kring vetenskapligt underlag för insatsernas anspråk på gynnsamma effekter på patienters hälsa och livskvalitet och hur man ska tillämpa begreppet beprövad erfarenhet. Dessa frågor diskuteras utförligt i kapitel 14. Kunskapsosäkerheten och hur man hanterar den är i sig ett etiskt problem (6).

Skada inte! Riskerna vid behandling med KAM-metoder kan principiellt vara av tre typer: (a) om behandlingen används som alternativ till åtgärder i hälso- och sjukvården, kan patienten undandras verksam behandling, (b) det kan finnas biverkningar av behandlingen i sig, (c) biverkningar kan uppstå när KAM-terapi och metoder i hälso- och sjukvård används samtidigt (interaktion).

Det är synnerligen svårt att fastställa hur vanliga sådana problem är, eftersom systematisk registrering av biverkningar i KAM-praxis inte förekommer (avsnitt 9.4). Liksom för Gör gott-principen är kunskapsosäkerheten kring eventuella skadliga effekter och hur man hanterar denna osäkerhet ett etiskt problem i sig (6).

Flera yrkesorganisationer inom KAM-området har etiskt råd/nämnd dit patienter/kunder kan vända sig om de anser sig drabbats

av skada eller på annat sätt är missnöjda. Flertalet KAM-terapeuter har också försäkringar som täcker eventuella vårdskador.

Var rättvis! Det centrala spörsmålet är här hur resurser, personella och ekonomiska, ska fördelas. Det handlar då om prioriteringsetik, något vi tar upp längre fram i detta kapitel.

Respektera självbestämmandet! Att respektera den vårdsökandes uttryckta vilja kan både vara ett värde i sig och ett medel att uppnå andra mål (större förtroende för vårdgivaren, fler nöjda kunder/patienter, minskad risk för krav på skadestånd, etc.). Den centrala idén är att om en individ är vuxen och beslutskapabel, så ska inte andra få hindra individen att fatta egna beslut, åtminstone inte så länge han eller hon inte kränker någon annans rättigheter eller skadar någon annan.

Självbestämmande innefattar förmågan att fatta välgrundade beslut, en förmåga som bl.a. nyfödda, dementa och andra med svår kognitiv funktionsnedsättning och de med vissa svåra psykotiska tillstånd saknar. Självbestämmande handlar också om en norm, nämligen att den vårdsökande själv bör få fatta beslut som gäller honom/henne själv – om förmågan finns. I frågor som är viktiga för den vårdsökande får det inte vara någon annan än den vårdsökande själv (exempelvis någon som presenterar selektiv och missvisande information om alternativens konsekvenser) som i realiteten fattar beslut.

Att patientens uttryckta vilja bör respekteras bygger sålunda på vissa förutsättningar men har också gränser. Till förutsättningarna hör att den vårdsökande informerats om eller förstått vilka alternativ som föreligger i den aktuella beslutssituationen, insett alternativens innebörd och konsekvenser för honom eller henne och kan fatta välgrundade beslut i sitt eget långsiktiga intresse. Denna förmåga kan variera mellan personer och under olika faser i livet.

Olika personer har olika förmåga att ta vara på sina intressen och framföra sina värderingar, åsikter och önskningar. Förmågan att fatta välgrundade beslut kan alltså variera beroende på om man är ett litet barn med tilltagande mognad och beslutsförmåga, en fullvuxen och beslutskapabel person eller en äldre svag och sjuklig person med avtagande beslutsförmåga.

Inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård krävs prioriteringar, så länge de personella och ekonomiska resurserna är begränsade. Någon patientgrupp eller någon metod får därmed gå före

medan andra kan få stå tillbaka. Det innebär att frågan om självbestämmandets gränser aktualiseras; rätten att få sin uttryckta vilja respekterad kan behöva vägas mot andra etiska principer. Att styra resurser utifrån efterfrågan skulle kunna betraktas som respekt för självbestämmandet. Men som vi diskuterar längre fram innebär prioriteringsplattformen att de med störst behov av vård, inte de som mest och ivrigast efterfrågar en viss åtgärd, ska prioriteras. Detta innebär en begränsning av självbestämmandet.

I vård som inte finansieras med offentliga medel, som KAM-verksamheter, kan kravet att respektera den vårdsökandes uttryckta vilja i regel få större tyngd. Så länge den vårdsökandesjälv betalar, griper hans/hennes beslut inte in i andras rätt att få sin uttryckta vilja respekterad.

12.4 Ytterligare etiska värden och frågor

Integritet och sekretess. En människa kan ha nedsatt förmåga att utöva sitt självbestämmande, t.ex. på grund av kognitiv svikt, men hennes integritet ska fortfarande respekteras. Intrång i integriteten kan vara av kroppslig eller personlig natur. En central fråga som rör personlig integritet i KAM-verksamheter handlar om skriftlig dokumentation av känsliga patientuppgifter.

Enligt patientdatalagen 3 kap. 1 § (2008:355) ska det vid vård av patienter föras journal. Denna lagbestämmelse gäller enbart i hälso- och sjukvård, medan det inte finns något motsvarande krav vid komplementär och alternativ vård. Vissa yrkesorganisationer inom KAV-området rekommenderar ändå sina medlemmar att föra journal eller minnesanteckningar (se ovan). Inom KAV finns inte heller samma lagstadgade krav på tystnadsplikt som inom hälso- och sjukvården, även om också detta ingår i många yrkesorganisationers etiska regler för sina medlemmar.

Det finns personer som inte litar på hälso- och sjukvårdens integritetsskydd. De kan tilltalas av att känsliga uppgifter i många KAV-verksamheter inte dokumenteras. Kontakt med en enda utövare och avsaknad av stora databaser – som det ofta är fråga om inom KAV – minskar också risken för otillbörlig spridning av känslig information. Detta ska vägas mot argumenten för att föra journal. Det

viktigaste av dem är att patientsäkerheten stärks, särskilt för personer med långdragen ohälsa och flera olika terapeuter.

Informerat samtycke. Korrekt och relevant information kan ses som en förutsättning för patientens rätt till självbestämmande. För att en person ska kunna handla och välja självständigt och ta ansvar för sina handlingar måste han eller hon ha tillgång till saklig information om förutsättningar och konsekvenser av olika handlingsalternativ. Informationen får heller inte vara missvisande genom att urvalet av påståenden är selektivt, hur sanna de än kan vara i sig.

3 kap. patientlagen (2014:821) innehåller detaljerade bestämmelser om vilken information patienten har rätt att få. Man har som patient rätt att veta bl.a. vad en medicinsk åtgärd innebär, hur riskabel den är, vilka konsekvenserna blir om man accepterar respektive avstår från insatsen, och vilka alternativa insatser som är möjliga. Att patienten samtycker till en åtgärd fråntar inte vårdpersonal och verksamhetsledningar ansvar för att åtgärden genomförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Även om patientlagen inte gäller KAM-utövare, är det rimligt att de etiska principer som lagen ger uttryck för tillämpas även inom KAM-området. Det kan vara en grannlaga uppgift att förmedla balanserad information om en terapi när man som terapeut starkt tror på dess nytta. Vissa KAM-utövares marknadsföring kan också uppfattas som vilseledande, t.ex. när den skapar falsk höga förväntningar på gynnsamma effekter eller när man använder titlar som ”doktor” utan att vara läkare eller ha disputerat, vilket en del vårdsökande kan uppfatta som förvillande.

Att hälso- och sjukvårdens medarbetare har bristande kunskap om KAM kan göra det svårt att ge adekvat information. Detta kan i sig utgöra ett etiskt problem. Många patienter döljer för sin läkare att de funderar på eller redan använder KAM-terapi. En anledning kan vara att de inte förväntar sig få kunniga eller balanserade svar på sina frågor och de befarar negativa reaktioner.

Medicinsk pluralism. Begreppet medicinsk pluralism har definierats som ”tillämpningen av mer än ett medicinskt system eller användningen av både konventionell och komplementär och alternativ medicin för hälsa och sjukdom”[1] (7). Det är vanligt att företrädare för KAM ser medicinsk pluralism som ett etiskt värde i sig (8, 9), något som skulle vara i linje med självbestämmandeprincipen. De menar

[1] Utredningens översättning från engelska.

att det finns en moralisk förpliktelse att vara öppen för olika tolkningar av hälsa, ohälsa och läkande, en uppfattning som utredningen ofta mött i diskussioner med KAM-utövare. De hänvisar också till att KAM är mer accepterad i andra länder som uttryck för de ländernas större pluralism i allmänhet.

Förespråkare för medicinsk pluralism brukar framhålla KAM:s särart och att pluralismen är något helt annat än att KAM-metoder tas upp i hälso- och sjukvården på hälso- och sjukvårdens villkor (8). De fruktar att KAM:s särart – dess kunskapssyn, forskningstradition och förmåga till innovation – äventyras (10). Omvänt ser de flesta KAM-kritiker inte någon anledning att hälso- och sjukvården ska ta till sig KAM:s kunskapssyn.

Hopp. När patienter med svåra kroniska eller dödliga sjukdomar får besked av sin läkare att alla etablerade möjligheter till bot är uttömda, vänder de sig ofta till annan vård. De kan vilja pröva metoder som inte är accepterade i svensk hälso- och sjukvård men som erbjuds av läkare i andra länder. De kan också välja komplementära eller alternativmedicinska terapier i Sverige eller utomlands.

En patient som är mycket välinformerad om riskerna, om avsaknaden av vetenskaplig evidens och om kostnaden kan ändå, i en desperat situation, välja att ta chansen, hur liten den än är – kanske, kanske hjälper behandlingen just mig. Att acceptera detta ligger i linje med att respektera patientens uttryckta vilja, dvs. självbestämmandeprincipen (11).

Det finns etiker som lyfter fram hoppets helande eller stödjande krafter. Hoppet och dess ledsagare optimismen och tron på bot är känslor som ofta stärks av handling. Att söka behandling utanför hälso- och sjukvården är i hög grad en aktiv handling som understödjer hoppet[2].

Samtidigt finns en uppenbar risk att människors hopp om bot exploateras i kommersiellt syfte. Sådan verksamhet, såväl inom KAM-området som inom den kommersiella hälso- och sjukvården, har beskrivits som inte bara obeprövad utan också oreglerad, potentiellt farlig och rentav bedräglig (11, 12).

[2] Patienter kan också finna en styrka i den gemenskap och det stöd som byggs upp på sociala medier när man utbyter erfarenheter och frågor kring en KAM-terapi. Ofta är gemenskapen antiauktoritär (10).

Kommersiella intressen. Att KAM-utövare måste tjäna sitt levebröd och ta betalt för sina insatser är sällan kontroversiellt ur etisk synpunkt.

När KAM-verksamheter betraktas som en marknadssektor, kan man konstatera att marknadsetiken generellt sett är tillåtande, så länge det rör sig om överenskommelser mellan kommersiella aktörer och personer med full förmåga till självbestämmande.

Tre grundläggande etiska krav brukar ändå ställas på produkter på en kommersiell marknad (13): produkten måste fungera, den ska marknadsföras på ett ärligt sätt och den ska inte påverka andra på ett otillbörligt sätt. Den kanadensiske medicinetikern Chris Macdonald har anfört exempel på brister inom KAM i förhållande till denna marknadsetik (13)[3]. Han säger att tillverkaren/utövaren har en moralisk förpliktelse att ompröva sitt ställningstagande att marknadsföra och sälja produkten/behandlingen om det saknas rimlig förklaring och det visar sig att nyttan inte kan dokumenteras – och här finns brister i komplementär och alternativ vård. Att kunden får ensidig eller bristande information om produkten/behandlingen ser Macdonald som ett annat brott mot marknadsföreningsetiken. Som exempel på otillbörlig påverkan på annan person nämns föräldrar som anlitar KAM-metoder i stället för verksamma metoder inom hälso- och sjukvård för barn med svåra sjukdomar.

Det kan bli etiskt problematiskt när en terapi knyts till försäljning av preparat eller diagnostiska tester. Här kan patienten känna ett tvång att acceptera erbjudandet; det blir svårt att fullt ut utöva sin rätt till självbestämmande. För att inom hälso- och sjukvården förhindra detta har lagstiftaren infört ett förbud för läkare att äga apotek och sälja läkemedel. Några motsvarande begränsningar finns inte inom KAM-området. Samtidigt ska det framhållas att branschorganisationernas etiska regler i mer allmänna termer säger att prissättningen och marknadsföringen ska vara seriös (se ovan).

[3] Det förtjänas att här påpeka att det förekommer också kritik mot delar av hälso- och sjukvården för att patienter eller offentliga finansiärer kan bli ekonomiskt utnyttjade; exempel från senare tids debatt är kosmetisk kirurgi respektive nätläkartjänster.

12.5 Prioriteringsprinciper

Ett tema i diskussionerna om KAM som vi i utredningen ofta mött rör de ekonomiska villkoren för KAV-utövare och för dem som söker sig till KAV. Det finns olika förslag till ekonomiska reformer (se kapitel 3).

Det är rimligt att tro att offentlig finansiering av KAM-verksamheter skulle innebära omprioriteringar från hälso- och sjukvården, hypotetiskt också att medel överförs från andra samhällssektorer.

Prioriteringar i svensk offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska utgå från den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen, som bygger på tre principer (14).

- människovärdesprincipen, alla människor har lika värde och samma rätt till sjukvård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs- och solidaritetsprincipen, resurserna bör fördelas efter behov och man bör särskilt värna om att svaga gruppers behov tillgodoses,
- kostnadseffektivitetsprincipen, vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Principerna är rangordnade med människovärdesprincipen högst och kostnadseffektivitetsprincipen underordnad de två andra. Det innebär bl.a. att det medicinska behovet och inte betalningsförmågan ska styra. Inte heller ska insatsernas påverkan på produktivitet och konsumtion avgöra vem som får vilken vård, vem som får vänta – och vem som blir utan. Då skulle pensionärer, arbetslösa och fattiga missgynnas, vilket strider mot de två första prioriteringsprinciperna, kraven på människors lika värde och att behoven skall styra (14).

Människovärdesprincipen. Det finns KAM-förespråkare som framhåller att när KAM-behandlingar betalas av patienten själv, blir tillgången till KAM ojämlik av rent ekonomiska skäl. Det är framför allt personer med ekonomiska resurser som har råd att anlita KAM-terapeuter. Detta skulle då strida mot principen om icke-diskriminering – vi har i utredningen hört argument om att tillgången till KAM är en klassfråga. KAM-företrädare framhåller också att majoriteten av de som söker sig till KAM – både vårdsökande och utövare

– är kvinnor. Det finns forskning som visat att det i första hand är personer med psykisk sårbarhet som söker sig till KAM (15). Vissa KAM-förespråkare menar därför att det handlar om makt. Att inte ge KAM-verksamhet offentligt stöd (regulatoriskt, ekonomiskt) innebär i praktiken att kvinnor och sårbara personer diskrimineras, menar man. Att kvinnor mer än män vänder sig till KAM har i litteraturen föreslagits vara ett uttryck för kvinnlig styrka och personlig ”empowerment” (16).

Många av de metoder som i den offentliga vården prioriteras lågt utifrån behovs- eller kostnadseffektivitetsprincipen finns tillgängliga på den öppna marknaden med egenfinansiering (inklusive försäkringar), då fortfarande inom ramen för hälso- och sjukvård. Detta innebär å ena sidan att patienter som har råd kan köpa vissa hälso- och sjukvårdsinsatser för att höja sin vårdkvalitet (i linje med principen om självbestämmande), å andra sidan en risk för utveckling mot vård på olika villkor (i strid med människovärdesprincipen). Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har funnit att egenfinansiering är relativt oproblematisk så länge det rör sig om metoder utan väldokumenterad stor patientnytta. Men det får inte heller uppstå undanträngningseffekter så att andra patienter/individer drabbas negativt (17). Beträffande KAM-metoder utanför hälso- och sjukvård som patienten själv betalar uppstår knappast risk för undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården.

Behovs- och solidaritetsprincipen. En avgörande prioriteringsfråga är: När man i 3 kap. 2 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) säger att ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”, vad avses då med ”behov”? I den nationella prioriteringsmodell som Socialstyrelsen tillämpar tar man hänsyn dels till tillståndets svårighetsgrad, dels till en åtgärds effekt (hur allvarligt tillståndet än är, har man inget behov av en åtgärd utan nytta). När nettoeffekten värderas vägs också risken för biverkningar/skador av behandlingen in. När effekter definieras och utvärderas, skapar kunskapsluckor och osäkerheter etiska problem.

I första hand tar man hänsyn till hur starkt det vetenskapliga underlaget för nytta respektive skada är. Om detta underlag är svagt eller saknas, väger man istället in beprövad erfarenhet, något som kan avgöras genom en konsensusprocess. I kapitel 14 diskuteras begreppet *vetenskap och beprövad erfarenhet* och i kapitel 16 på vilka villkor

metoder som idag används inom KAM kan tas upp av hälso- och sjukvården.

Också skyddsbehoven hos särskilt sårbara grupper, de som har svårt att föra sin egen talen, bör enligt solidaritetsprincipen vägas in.

I såväl hälso- och sjukvården som inom KAM-verksamheter kan grundläggande etiska principer komma att stå mot varandra, här principen om självbestämmande mot fördelning av resurser utifrån behov, t.ex. när man har en kö av vårdsökande och behöver prioritera mellan dem. Ett etiskt dilemma uppstår och man behöver välja vilken/vilka princip(er) som ska väga tyngst.

I regeringens proposition om prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60), diskuterades självbestämmande och efterfrågan i förhållande till behov:

> Respekten för patientens självbestämmande och integritet är således mycket betydelsefull men som underlag för prioriteringar har självbestämmandet enligt vår uppfattning begränsat värde.
>
> Att göra åtskillnad mellan behov och efterfrågan är också viktigt. I motsats till behov, som kan vara både omedvetna och icke uttryckta, är efterfrågan alltid uttryckt. Vård kan efterfrågas som hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns behov av. […] Behovs-solidaritetsprincipen kan på så vis komma i konflikt med efterfrågeprincipen.
>
> Ett tillämpande av efterfrågeprincipen skulle kunna innebära att individer med sämre förmåga att ta för sig kommer i kläm, vilket kan äventyra principen om en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Detta innebär att man ska ta hänsyn till behovet snarare än efterfrågan när de offentligt finansierade resurserna – personella och ekonomiska – ska fördelas. Utifrån de prioriteringsetiska principerna kan därför stor efterfrågan inte användas som argument till stöd för offentlig finansiering av KAM-verksamhet.

Kostnadseffektivitetsprincipen. Så länge det rör sig om egenfinansierade verksamheter, där patienten är fullt informerad om behandlingens möjligheter, begränsningar, risker och kostnader, kommer denna princip att ha en mindre tyngd inom KAM-området. Som inom många andra marknader blir det brukaren själv som avgör om han/hon anser att produkten är värd pengarna eller inte.

Situationen blir en annan om det gäller offentliga insatser för att ekonomiskt främja KAM-sektorn. Hit kan räknas redan existerande stöd som att vissa insatser som snarast är att betrakta som KAM kan

vara momsbefriade när de utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal[4] och möjligheten för företag att göra skatteavdrag när anställda anlitar en rad specificerade KAM-verksamheter (kapitel 4). När staten tar ställning till andra förslagna insatser som momsbefrielse för hela sektorn eller särskilda avdrag för tjänster utförda av KAM-utövare (s.k. BOT-avdrag, se kapitel 3), kan kostnadseffektivitetsprincipen få en mer central roll. Beträffande BOT-avdrag kommer också rättviseaspekter in – man behöver analysera vilka grupper som har störst fördel av skatteavdrag.

12.6 Om terapin inte uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet – kan den ändå användas?

I kapitel 14 diskuterar vi begreppet *vetenskap och beprövad erfarenhet* i förhållande till KAM-terapier och i kapitel 15 presenteras frågor kring ospecifika effekter. Om man inte anser att det finns något tillförlitligt vetenskapligt underlag för specifika effekter för en viss terapi, kan man ändå fråga: Med tanke på att det kan finnas gynnsamma ospecifika effekter, är det etiskt försvarbart att använda terapier som inte uppfyller hälso- och sjukvårdens krav på vetenskap och beprövad erfarenhet? Det kan då vara intressant att se hur man från hälso- och sjukvården ställer sig till användning av terapier som inte baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

I sin serie Medical Ethics Opinion har American Medical Association (AMA) uttalat sig entydigt i denna fråga (19)[5]:

> I kliniska sammanhang kan användningen av placebo utan patientens vetskap underminera tilliten, äventyra patientläkarrelationen och vara till skada för patienten.

Det vetenskapliga rådet vid Bundesärtzekammer, den tyska motsvarigheten till Läkarförbundet, förhåller sig delvis annorlunda till användning av placebo i klinisk praxis (20)[6]:

[4] Enligt den operationella definition av KAM vi använt i denna utredning kan en metod betecknas som KAM även om den utförs av hälso- och sjukvårdspersonal.
[5] Utredningens översättning från engelska.
[6] Utredningens översättning från tyska.

> Eftersom experimentell placeboforskning visar vilken nytta patienten kan ha av att använda placebo (som att minska läkemedelsbiverkningar), så finner majoriteten av arbetsgruppens medlemmar medveten användning av ren placebo eller så kallad ”pseudo-placebo” i terapeutisk praxis (utanför kliniska studier) vara acceptabel ur etisk synvinkel.

Bunderärtzekammer anger vissa villkor som ska vara uppfyllda, t.ex. att det saknas bevisad effektiv terapi, att patienten uttryckligen har en vilja att pröva behandlingen samt att det finns en chans att behandlingen lyckas. Något krav på att patienten ska vara informerad om att placebo används finns inte. Det tyska läkarförbundets ställningstagande har på en rad punkter kritiserats av tyska medicinetiker (21).

I ett svenskt perspektiv är det svårt att se att placebo kan användas i hälso- och sjukvården utan att patienten fullt ut informerats och samtyckt[7]. Det skulle stå i strid med dels den etiska grundprincipen om självbestämmande, dels med patientlagens krav på information.

Det finns kritiker som anser att all användning av metoder som inte bygger på vetenskap eller beprövad erfarenhet (eller motsvarande termer i andra länder) är oetisk (12), något som för övrigt även gäller vissa av de åtgärder som utförs inom hälso- och sjukvården. Även om man förutsätter att många KAM-terapier saknar specifika effekter, så är situationen åtminstone delvis en annan än inom hälso- och sjukvården. Vid medveten placebobehandling i hälso- och sjukvården vet terapeuten att det är fråga om placebo. Vid KAM-terapi är terapeuten i regel själv övertygad om att behandlingen är verksam. KAM-utövare som inte utgör en del av hälso- och sjukvårdspersonalen omfattas heller inte av patientlagens krav på vad informationen till patienten ska innehålla.

Referenser

1. Statens medicinsk-etiska råd. Etik – en introduktion. Etiska vägmärken 1. www.smer.se/wp-content/uploads/2012/03/ETIK-en-introduktion.pdf2018 (hämtad 2019-03-11).

[7] Ett undantag är randomiserade kliniska prövningar, där det efter forskningsetisk granskning brukar accepteras att den individuella patienten inte informeras om han eller hon fått verksam behandling eller placebo.

2. Kroppsterapeuterna. Etiska regler. www.kroppsterapeuterna.se/medlemsskap/etiska-regler/ (hämtad 2019-03-11).
3. Svenska Akupunkurförbundet Traditionell Kinesisk Medicin. Etiska regler. https://akupunkturforbundet.se/medlem/wp-content/uploads/2016/04/ETISKA-REGLER-SATCM.pdf (hämtad 2019-03-11).
4. KAM-kommittén för komplementär och alternativ medicin. KAM's etiska regler. www.kam.tm/kams-etiska-regler/ (hämtad 2019-03-11).
5. Psykosyntesförbundet. Psykosyntesförbundets etiska regler. http://psykosyntesforbundet.se/om-oss/etiska-regler/(hämtad 2019-03-11).
6. Sahlin N-E. Kan vi vara moraliska när vi är så irrationella? www.vitterhetsakad.se/pdf/arsbok/2009/Sahlin.pdf. Kungl Vitterhets Historie och Antikvitets Akademiens årsbok. Stockholm 2009.
7. Wade C., Chao M., Kronenberg F., Cushman L., Kalmuss D. Medical pluralism among American women: results of a national survey. J Womens Health (Larchmt). 2008;17(5):829–40.
8. Kaptchuk TJ., Eisenberg DM. Varieties of healing. 1: Medical pluralism in the United States. Ann Intern Med. 2001;135 (3):189–95.
9. Callahan D. The Role of Complementary and Alternative Medicine Accommodating Pluralism. Washington DC: Georgetown University Press; 2002.
10. Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. Kapitel 6. Complementary and Alternative Medicine in the United States. Washington DC: National Academies Press; 2005.
11. Murdoch CE, Scott CT. Stem cell tourism and the power of hope. Am J Bioeth. 2010;10(5):16–23.
12. Ernst E., Smith K. More harm than good? The moral maze of complementary and alternative medicine. Cham: Springer International Publishing AG; 2018.

13. Macdonald C., Gavura S. Alternative Medicine and the Ethics of Commerce. Bioethics. 2016;30(2):77–84.

14. Hermerén G. Prioriteringar – val och värden i vården. Årsbok 2014, Vetenskapsskapssocieteten i Lund.65–96.

15. Dobkin PL., De Civita M., Bernatsky S., Kang H., Baron M. Does psychological vulnerability determine health-care utilization in fibromyalgia? Rheumatology (Oxford). 2003;42(11):1 324–31.

16. Keshet Y., Simchai D. The 'gender puzzle' of alternative medicine and holistic spirituality: a literature review. Soc Sci Med. 2014;113:77–86.

17. Statens medicinsk-etiska råd. Med- och egenfinansiering i vården – etiska aspekter. Smer-rapport 2014:1. www.smer.se/wp-content/uploads/2015/01/Smer-2014_1-WEBB1.pdf (hämtad 2019-03-11).

18. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Proposition 1996/97:60. www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GK0360 (hämtad 2019-03-11).

19. American Medical Association. Use of Placebo in Clinical Practice. Code of Medical Ethics Opinion 2.1.4. www.ama-assn.org/delivering-care/use-placebo-clinical-practice (hämtad 2019-03-11).

20. Bundesärztekammer. Placebo in der Medizin – Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer von 2010. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Placebo_LF_1_17012011.pdf (hämtad 2019-03-11).

21. Schone-Seifert B., Friedrich DR., Reichardt JO. [CAM products as therapeutic placebos: theoretical and bioethical reflections]. CAM-Präparate als therapeutische Placebos: wissenschaftstheoretische und medizinethische Uberlegungen. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2015;109(3):245–54.

13 Forskning inom KAM-området

- Årligen publiceras cirka 5 000 artiklar och bokkapitel som rör KAM. Detta utgör 0,5–0,6 procent av samtliga publikationer inom medicin, hälsa och närliggande forskningsområden.
- Svenska forskare publicerar cirka 70 vetenskapliga KAM-artiklar årligen. Av dessa handlar en femtedel om kliniska prövningar av KAM-system eller KAM-metoder. Forskning kring mind-body-terapier och akupunktur dominerar. Ämnesmässigt är den svenska KAM-forskningen snarlik den internationella frånsett ett större fokus på kvinnohälsa i den svenska forskningen.
- KAM-forskning förekommer vid alla svenska universitet med vårdutbildningar. Med några få undantag är forskargrupperna små. KAM-forskningens fördelning mellan lärosäten skiljer sig inte mycket från fördelningen av annan forskning om medicin och hälsa.
- Samarbetet mellan svenska KAM-forskare är påfallande svagt utvecklat och tvärvetenskaplig KAM-forskning tillhör undantagen.
- Svenska KAM-forskare publicerar de flesta av sina artiklar i vetenskapliga tidskrifter som har KAM-inriktning. Få av de mest citerade svenska artiklarna rör originalstudier.
- Systematiska översikter av den internationella litteraturen visar att det inom många områden finns ett mycket stort antal vetenskapliga publikationer. På grund av metodproblem och spretande resultat är det dock svårt att dra säkra resultat av studierna.

- De flesta KAM-företrädare utredningen intervjuat anser att KAM-forskningens största problem är otillräcklig finansiering. Det finns bland dem en utbredd uppfattning att KAM-ansökningar bedöms strängare av finansiärerna än andra ansökningar inom området medicin och hälsa.
- Vetenskapsrådet (VR), Karolinska Institutet och Ekhagastiftelsen är ledande finansiärer av svensk KAM-forskning. Omkring 1 procent av projektansökningar till VR rör KAM-området. Andelen KAM-ansökningar som beviljas medel var ungefär densamma som för andra VR-ansökningar.
- Med undantag för Ekhagastiftelsen avvisar de forskningsfinansiärer vi intervjuat tanken på öronmärkta medel för KAM-forskning. Åtminstone ett landsting (Östergötland) avsätter dock särskilda medel för KAM-forskning.
- Många av de KAM-förespråkare utredningen intervjuat har framhållit att de forskningsmetoder som används i dagens forskning inom området medicin och hälsa inte lämpar sig för KAM-området. I stället för kliniska prövningar önskar många fler patientberättelser och andra typer av kvalitativ forskning samt att större vikt läggs vid observationsstudier. Utredningen har också mött åtskilliga forskare inom KAM-området som hävdat värdet av prospektiva kontrollerade prövningar av KAM-metoders effekter.
- WHO har tagit fram en strategi för traditionell och komplementär medicin och det EU-finansierade CAMbrella-projektet har utarbetat en vägkarta för europeisk KAM-forskning.

13.1 Om utredningens kartläggningar

Utredningen har haft i uppdrag att ”… genomföra en kartläggning av aktuella forskningsresultat och pågående forskning när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården.” Vi har tolkat detta som att såväl svensk som internationell forskning inom KAM-området ska kartläggas. Kartläggningen baseras på en bibliometrisk analys, genomgång av vilka typer av systematiska litteraturöversikter som finns och av vad som skrivits

om svensk KAM-forskning, intervjuer med olika intressenter samt en enkät till landsting och regioner. I kapitlet ingår också en beskrivning av tidigare kartläggningar av svensk KAM-forskning samt beskrivningar av några få svenska forskningsmiljöer. Slutligen redovisas några publicerade förslag till strategier för KAM-forskning.

Bibliometrisk analys

Utredningen har valt att till stora delar basera kartläggningen av KAM-forskning på en omfattande bibliometrisk analys genomförd av forskare vid Umeå universitet. Dessa forskare har tidigare publicerat bibliometriska analyser av KAM-litteraturen (1, 2). De har nu gjort en uppdaterad analys som utformats och genomförts utifrån utredningens behov med visst fokus på den svenska vetenskapliga litteraturen inom KAM-området. Forskarrapporten i sin helhet presenteras i bilaga 6. I detta avsnitt sammanfattas de delar av rapporten som är av särskild relevans för utredningen.

För den bibliometriska analysen har underliggande material hämtats från de internationella databaserna Medline och Web of Science (WoS). Medline är en av världens största databaser för livsvetenskaper och biomedicinsk forskning och drivs av U.S. National Library of Medicine. Medline täcker vetenskapliga publikationer sedan 1966 från över 5 000 tidskrifter inom det medicinska området och närliggande discipliner. Web of Science drivs av ett amerikanskt privatägt företag och täcker in samtliga artiklar publicerade i över 20 000 etablerade tidskrifter inom alla vetenskapliga discipliner samt ett stort antal böcker.

I Medlines klassificering av artiklar ingår den övergripande termen *Complementary Therapies*. Denna är indelad i 20 typer av terapier, vilka i sin tur täcker ett antal sub-termer. I den bibliometriska analysen har författarna gjort ytterligare bearbetningar (bilaga 6). Det slutliga datasetet över internationella publikationer har bestått av 105 136 artiklar.

Medline saknar lättillgängliga uppgifter om i vilket land eller vilken institution en publikation kommer från. Denna information finns i WoS och analysen av den svenska KAM-litteraturen baseras därför på en matchning av data från Medline och WoS för tidsperio-

den 2005–2017. Detta svenska dataset har bestått av 622 publikationer med minst en författare som har svensk adress/organisation angiven. Eftersom Medline och WoS inte är helt överlappande innebär matchningen ett bortfall av publikationer (cirka 30 procent).

Bibliografiska analyser kan ge en god överblick över ett forskningsfält. Men de har också en rad begränsningar och möjliga felkällor, vilka diskuteras i bilaga 6. En särskild begränsning när Medline används som informationskälla är att samhällsvetenskaplig, juridisk och humanistisk forskning om KAM inte täcks in.

Annan information

Den bibliometriska analysen har kompletterats med material från de intervjuer vi genomfört med olika intressenter inom KAM-området, där vi oftast tagit upp forskningsfrågor. Ett försök att via enkät få information från de större svenska finansiärerna av medicinsk forskning strandade på att deras databaser inte medger att forskningsprojekt som rör KAM kan identifieras på ett enkelt sätt. Vi har därför i särskilda intervjuer inhämtat synpunkter på KAM-forskning, inklusive finansieringsfrågor, från tre centrala aktörer: Vetenskapsrådet, Cancerfonden och Ekhagastiftelsen. Vetenskapsrådet har dessutom via en fritextsökning identifierat ansökningar om forskningsmedel inom KAM-området.

En förfrågan om exempel på stöd för forskning och utveckling inom KAM-området har via SKL sänts till landsting och regioner.

13.2 Kartläggning av internationell KAM-forskning

Bibliometrisk analys

Antalet forskningscentra som helt ägnar sig år KAM-området växer snabbt. Enligt WHO:s *Traditional Medicine Strategy* fanns det i 73 länder nationella forskningsinstitut som ägnade sig åt traditionell och komplementär medicin, inklusive örtmedicinsk forskning, år 2012 (3).

Under åren 1971–1996 ökade antalet KAM-artiklar i den internationella vetenskapliga litteraturen i ungefär samma takt som annan

medicinsk forskning och utgjorde 1996 0,3–0,4 procent av alla medicinska publikationer (figur 1 i bilaga 6). Under det följandet årtiondet skedde sedan en snabb tillväxt av antalet publicerade KAM-artiklar för att från och med 2011 stabilisera sig på omkring 5 000 artiklar per år.

Under åren 1997–2003 var tillväxten snabbare inom KAM-området än inom det medicinska området i sin helhet. Andelen KAM-publikationer kulminerade 2003–2004 vid omkring 0,75 procent för att sedan falla (siffrorna för 2016 i figur 1 i bilaga 6 ska betraktas som osäkra – det fallande antalet beror förmodligen på ofullständig registrering). Den klassificering Medline tillämpar kan innebära att publikationer med nära anknytning till KAM kan klassificeras under andra huvudrubriker. Antal och andel KAM-publikationer kan därför ha underskattats.

De artiklar som rapporterade om kliniska prövningar (clinical trials) inom KAM-området ökade snabbare än totala antalet KAM-publikationer, så att andelen från och med 2009 legat på omkring 20 procent (cirka 1 000 artiklar per år i kategorin kliniska prövningar).

De vanligaste metodgrupperna är manipulationer av muskler och skelett (där även kiropraktik och osteopati ingår), akupunktur samt mind-body-terapier och andra psykologiskt inriktade terapier (t.ex. yoga, aromaterapi, meditation och hypnos), vilka alla ökade markant under 1990-talet och början av 2000-talet. Under åren 2003–2013 skedde dessutom en snabb ökning av antalet publikationer inom området *Spiritual Therapies*.

En annan infallsvinkel än Medlines klassificering är att utgå från de nyckelord som författarna själva använt i sina publikationer. I bilaga 6, figur 4 finns en nätverksanalys där nyckelorden grupperats i kluster. Många av observationerna är desamma som i analysen av Medline-termerna, andra är kompletterande. Observera att nyckelorden ofta är multidimensionella. De kan exempelvis ange undersökningsdesign, undersökt population, sjukdomar/hälsobesvär, terapier, preparat och teoretiska begrepp.

Några observationer utifrån nätverksanalysen:

- En påfallande stor andel av KAM-litteraturen är koncentrerad till akupunktur med varianter.
- Ett annat stort kluster utgörs av växtbaserade produkter (”örtmediciner”) med ginseng, aloe vera, johannesört och grönt té som särskilt framträdande.

- Ett betydande forskningsfält med många publikationer rör yoga, meditation, mindfulness och liknande terapier (mindfulness indexeras dock under rubriken *Psychiatry and Psychology* Category i Medline).
- Ett kluster, om än inte så stort, handlar om manipulationer av muskler och skelett.
- Av de symtom och sjukdomar som varit föremål för KAM-forskning är smärta/värk (eng. pain), ängslan/ångest, stroke och cancer särskilt vanliga.
- En betydande andel av de publikationer som i Medline klassificerats ligga inom området komplementär medicin handlar om preklinisk forskning, där termer som oxidativ stress, fettoxidation, antioxidanter och celldöd är vanliga.

Systematiska kunskapsöversikter

Som framgår av Danell och Danells bibliometriska analys publiceras årligen cirka 5 000 vetenskapliga artiklar som rör KAM. För att i denna mängd av artiklar skapa viss överblick görs systematiska kunskapsöversikter där all vetenskaplig litteratur inom ett visst ämne sammanfattas, ofta med statistiska mått (s.k. meta-analys). Men också antalet systematiska översikter växer så snabbt att det är svårt att få överblick också över dessa. Den största gemensamma internationella kunskapskällan om systematiska översikter är Cochrane Library (4). Inom Cochrane finns en särskild sektion för översiktsanalyser inom KAM-området (5). Juli 2018 fanns 708 publicerade översikter och ytterligare 40 planerade översikter av KAM-metoder och deras effekter. De tio sjukdoms- och symtomområden som varit föremål för flest översikter (vardera 34–102) är i fallande ordning:

- Neurologiska sjukdomar
- Hjärt- och kärlsjukdomar
- Psykisk hälsa
- Graviditet och förlossning
- Infektioner

- Mag-, tarm- och leversjukdomar
- Luftvägssjukdomar
- Reumatiska sjukdomar
- Cancer
- Nyföddhetsvård.

En vanlig uppfattning är att det finns för få KAM-studier och att mer forskning därför behövs. En genomgång av Cochranematerialet ger stöd för denna uppfattning beträffande många metoder, men visar också att vissa metoder varit föremål för ett betydande antal studier. Några få exempel, valda ur *Cochrane Library* (4) utan annan systematik än att de vardera innefattar minst fem randomiserade kontrollerade prövningar (RCT):

- Akupunktur för ländryggssmärta: 35 RCT med sammanlagt 2 861 deltagare
- Kinesisk örtmedicin vid höga blodfetter: 22 RCT med sammanlagt 2 130 deltagare
- Homeopati för att förebygga och behandla akuta luftvägssjukdomar hos barn: 8 RCT med sammanlagt 664 deltagare
- Aromaterapi vid illamående och kräkningar efter operation: 9 RCT med sammanlagt 402 deltagare
- Zonterapi för att sätta igång förlossning: 14 RCT med sammanlagt 1 055 deltagare.

Det relativt begränsade totalantalet deltagare i förhållande till antalet studier beror på att de flesta studierna varit små. Författarna till de systematiska översikterna har mycket ofta bedömt att studierna inte hållit tillräcklig vetenskaplig kvalitet och/eller visat alltför disparata resultat för att tillåta någon säker slutsats (samma invändningar är för övrigt också vanliga vid översikter av metoder inom hälso- och sjukvården).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sedan 1987 utvärderat medicinska metoder. Myndigheten har för utredningens räkning gjort en genomgång av alla produkter där man

sedan starten 1987 och fram till och med 2018 värderat det vetenskapliga underlaget för KAM-metoder. Rapporten är publicerad på SBU:s hemsida (6) och sammanfattas här kort.

Tabell 13.1 KAM-metoder i SBU:s publikationer

Produkttyp	Antal KAM-poster[1]	Antal rapporter med KAM[2]	Andel rapporter med KAM[3]
Utvärdera	235	43	16 %
Kommenterar	8	6	7 %
Upplysningstjänst	30	30	11 %
Kartlägger	45	10	37 %
Bereder	12	5	18 %
Kunskapsluckor	63	63	3 %

[1] Med en KAM-post avses ett tillstånds- och åtgärdspar som rör en KAM-metod (exempelvis akupunktur vid sömnbesvär). Totala antalet KAM-poster presenteras här uppdelat på de sex olika produkttyperna.
[2] Totala antalet rapporter med minst en KAM-metod.
[3] Andelen rapporter med minst en KAM-metod.

Oftast har en KAM-metod utvärderats som en av flera metoder inom ramen för ett större SBU-projekt som rör ett diagnos- eller symtomområde, som t.ex. schizofreni, ryggsmärta, depression eller astma. I de fall en osäkerhet förelåg huruvida en utvärderad metod skulle anses vara en KAM-metod har SBU, på uppmaning av utredningen, inkluderat metoden i genomgången. Detta innebär att det är möjligt att antalet SBU-granskningar av KAM-metoder kan ha överskattats.

Den publikationstyp som är mest omfattande är *SBU Utvärderar.* Som framgår av tabell 13.1 innehöll 16 procent av dessa rapporter utvärdering av minst en KAM-metod. I *SBU Kommenterar* refereras och kommenteras utvärderingar från andra länder. Det är mindre vanligt att denna publikationstyp avhandlar KAM-metoder. I *SBU kartlägger* gör myndigheten kartläggningar av publicerade systematiska översikter inom olika områden. I mer än en tredjedel av kartläggningarna hade man identifierat översikter som inkluderade studier på KAM-metoder. *SBU Bereder* rör regeringsuppdrag eller underlag till andra myndigheter eller uppdragsgivare, exempelvis till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Här var andelen publikationer med KAM-metoder ungefär densamma som för huvudtypen *SBU Utvärderar*. *Upplysningstjänsten* besvarar frågor från vårdgivare eller

andra aktörer; drygt var tionde fråga gällde KAM-metoder. Slutligen har SBU ett uppdrag att identifiera viktiga kunskapsluckor där mer forskning behövs. Det är påfallande ovanligt att man tagit med KAM-metoder i den numera omfattande förteckningen av kunskapsluckor. Av de mer än 2 000 posterna som lagts in i databasen, rörde endast 3 procent KAM-metoder (tabell 13.1).

13.3 Kartläggning av svensk KAM-forskning

Tidigare kartläggningar

Alternativmedicinkommittén 1989 bedömde den då aktuella svenska forskningen på det alternativmedicinska området (7), bl.a. genom kontakter med potentiella forskningsfinansiärer och genom att referera till viss publicerad vetenskaplig litteratur. Utredningen konstaterade sammanfattningsvis att ”… forskningen om alternativ medicin i Sverige har en mycket begränsad omfattning. […] Forskningen har ofta varit smal och ett nödvändigt tvärvetenskapligt angrepp på forskningsuppgifterna har sällan kommit till stånd. Det är en liten grupp forskare som varit verksamma inom området. Få – om ens några – unga forskare har sökt sig till alternativmedicinen.”

Utredningen diskuterade vissa utgångspunkter för alternativmedicinsk forskning. Man framhöll att kliniska kontrollerade försök lämpar sig för forskning kring t.ex. kosttillskott. Däremot ansåg utredningen att det krävs ”betydande avsteg från traditionen med kliniskt kontrollerade försök när det gäller metoder som är primärt kroppsligt eller psykologiskt inriktade”. Här hänvisade man särskilt till den forskning som bedrevs vid Vidarkliniken.

Bland de forskningsområden som utredningen bedömde vara angelägna fanns empirisk effektbedömning av de vanligaste alternativmedicinska metoderna (inklusive jämförande studier mellan medicinsk och alternativmedicinsk behandling), jämförande studier av sättet att ta hand om och bemöta patienter, analyser av själva behandlingsprocessen (”vårdpraktiken”), studier av förväntanseffekter samt kartläggningar av olika alternativmedicinska metoders utbredning i Sverige (8).

Motzi Eklöfs rapporter 1999 och 2004. Forskaren och författaren Motzi Eklöf gjorde 1999 en genomgång av svensk KAM-forskning på uppdrag av *Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri)* (9). År 2004 publicerade hon ytterligare en

rapport, denna gång för Landstingsförbundets räkning, om forskning, utveckling och utbildning inom komplementär medicin (10).

Eklöf fann att de studier som genomförts i Sverige under 1990-talet framför allt rörde akupunktur, ”naturläkemedel”, antroposofisk medicin och kiropraktik, i mindre utsträckning även qigong och naprapati. Hon inventerade även samhällsvetenskaplig, juridisk och humanistisk forskning som rört KAM. Här handlade det om alternativmedicinens historia och praktik, rättslig reglering och patienters upplevelser av KAM-terapi.

Hon pekade särskilt på bristen på tvärvetenskaplig forskning inom området. I hennes intervjuer med praktiker och forskare framhölls vikten av samarbete med etablerade forskningsmiljöer och av att kunna bygga upp forskningskompetens inom KAM-området.

Eklöf noterade också ett svagt intresse för KAM-forskning från Socialstyrelsens och Socialdepartementets sida. Men hon beskrev hur Stockholms läns landsting 1999 beslutat att inrätta ett forskningscentrum för komplementär medicin. Avsikten var bl.a. att initiera nya vetenskapliga studier och att utbilda KAM-praktiker i forskning (9).

FAS:s kartläggning 2007. På uppdrag av FAS (Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap) genomförde en forskargrupp vid Karolinska Institutet under ledning av professor Irene Jensen 2007 en systematisk översikt av svenska behandlingsstudier inom KAM-området (11). Författarna identifierade 56 sådana studier publicerade under åren 1990–2006. Antalet publikationer ökade över åren så att det under perioden 2004–2006 publicerades i storleksordningen 10 behandlingsstudier per år.

De tre klart vanligast studerade terapiområdena var:

- Akupunktur (inklusive elektroakupunktur) vid en rad olika tillstånd. Många studier hade fokus på kvinnohälsa; i drygt hälften av studierna deltog enbart kvinnor.
- Mind-body-behandlingar, t.ex. avslappningsterapier, musikterapi och beröring/taktil massage. Också här fanns en stor kvinnlig dominans bland deltagarna.
- Kroppsmanipulationer, t.ex. kiropraktik och Feldenkraisterapi vid smärttillstånd. Här var den kvinnliga dominansen bland deltagarna mindre.

Av de 15 forskare denna utredning identifierade som ledare av behandlingsstudier inom KAM-området kom 7 från Karolinska Institutet, 4 från Göteborgs Universitet och en vardera från universiteten i Linköping, Umeå, Uppsala och Örebro. Antalet deltagare i behandlingsstudierna var lågt. Studier av biverkningar förkom sparsamt. De vetenskapliga tidskrifter i vilka de svenska KAM-studierna publicerades bedömdes i rapporten ha låg ”impact” och var även förhållandevis lågt citerade.

I rapporten påtalade man behovet av att bättre kartlägga användningen av alternativ och komplementär medicin. Behovet av kvalificerad forskning om effekterna och riskerna med alternativ- och komplementärmedicinska metoder lyftes också. I detta sammanhang rekommenderades att forskarna publicerar sina studieprotokoll i förväg.

Bibliometrisk analys

Den bibliometriska analys av svensk KAM-forskning som Danell och Danell utfört för utredningen bygger på publikationer där minst en av författarna har svensk adress. I några fall med stort antal medförfattare kan det innebära att det svenska bidraget till publikationen är mycket begränsat.

Antalet svenska publikationer inom KAM-området under åren 2005–2017 ökade påtagligt under åren 2007–2012 för att sedan stagnera på omkring 50 publikationer per år (figur 5 i bilaga 6). Med hänsyn tagen till det bortfall som samkörningen mellan Medline och Web of Science medför (se bilaga 6), kan det faktiska antalet uppskattas till cirka 70 artiklar per år.

Antalet artiklar som utgörs av kliniska prövningar har sedan 2008 legat på omkring 20 per år. Detta innebär att andelen kliniska prövningar varierat mellan 28 och 46 procent, en klart högre andel än i det internationella materialet.

Under 2017 har man i den bibliometriska analysen identifierat 37 studier. Vid en närmare genomgång av dessa visade det sig att 12 av studierna var kliniska effektstudier, majoriteten med syfte att undersöka effekter av yoga och akupunktur vid olika tillstånd. 10 av de 12 studierna var randomiserade kontrollerade studier. Eftersom man i en tidigare genomgång av den svenska KAM forskningen

rekommenderat forskarna att publicera sina protokoll (se FAS:s kartläggning 2007 ovan och [11]), undersöktes huruvida de publicerade effektstudierna från 2017 hänvisade till rapporterade studieprotokoll. Av de 10 randomiserade kontrollerade studierna redovisade 8 registrerade eller publicerade protokoll.

De två icke-randomiserade studierna bestod av en liten pilotstudie med kontrollgrupp (ingen hänvisning till protokoll) och en studie som gick igenom risker vid akupunktur utifrån två tidigare randomiserade studier (dessa hade registrerade protokoll). Förutom de 12 effektstudierna fanns en studie där man med kvalitativ metodik analyserade upplevelser av en förlossningsteknik.

Denna genomgång ger en bild av att interventionsforskningen som publiceras på KAM-området är snarlik den för metoder inom hälso- och sjukvården. I detta urval var studierna gjorda med traditionella upplägg och majoriteten hade publicerade studieprotokoll.

Förutom att klassificeras som KAM-forskning klassificeras KAM- artiklar ofta även som tillhörande andra forskningsområden. De vanligaste är (i fallande ordning) neurovetenskaper/neurologi, psykologi, farmakologi/farmaci, rehabilitering, omvårdnad och psykiatri (se bilaga 6).

De terapiområden som täcks in av svensk KAM-forskning framgår av tabell 13.2.

Tabell 13.2 Subtermer under rubriken Complementary Medicine i Medline, svenska KAM-publikationer i Web of Science, 2005–2017

Ur Danell och Danell, bilaga 6

Subtermer	Antal publikationer
Mind-Body Therapies	194
Acupuncture therapy	104
Sensory Art Therapies (konstterapi, musikterapi, m m)	76
Phytotherapy (”örtmediciner”)	71
Musculoskeletal Manipulations[1]	61
Spiritual Therapies[2]	54
Medicine, Traditional	38
Holistic Health	14
Anthroposophy	12
Homeopathy	6
Auriculotherapy (öronakupunktur)	3
Naturopathy	2
Reflexotherapy (zonterapi)	1

[1] Här ingår kiropraktik och naprapati som inte tas upp av denna utredning eftersom metoderna i Sverige utövas av personer med yrkeslegitimation.
[2] Till exempel healing och schamanism.

Mind-body-terapier och akupunktur dominerar. Det finns i denna analys baserad på termerna i Medline inga avgörande skillnader jämfört med den internationella litteraturen.

Också i nätverksanalysen baserad på de sökord författarna till publikationerna själv angett är det svenska mönstret snarlikt det internationella, även om antalet forskningsområden är långt mindre (figur 6 i bilaga 6). Det som möjligen skiljer är ett visst fokus på kvinnohälsa (bröstcancer, klimakteriebesvär) och psykiska symtom som stress och depression i den svenska forskningen.

Fördelningen av svenska KAM-publikationer på lärosäten med medicinska fakulteter visas i tabell 13.3 och de mest förekommande författarna i tabell 13.4. Eftersom många av författarna har dubbelanknytning till såväl universitet som sjukvårdsorganisation, redovisas dessa gemensamt. Samkörningen mellan de båda databaserna Medline och Web of Science innebär ett betydande bortfall (se metodavsnittet 13.1). Därför underskattas med all sannolikhet antalet publikationer i båda tabellerna. Troligen påverkas fördelningen

mellan lärosäten och mellan författare mindre. Ytterligare en metodologisk aspekt som leder till att antalet KAM-publikationer kan underskattas är att åtskilligt av den forskning som utöver KAM griper över flera discipliner, kan klassificeras under andra huvudrubriker än *Complementary Medicine* i Medline. Dit hör t.ex. flertalet publikationer från Oshercentrum vid Karolinska Institutet. Därför kan Karolinska Institutets andel av samtliga KAM-publikationer ha underskattats.

Tabell 13.3 De universitet och universitetssjukhus som stått för flest svenska KAM-publikationer i Web of Science, 2005–2017

Ur Danell och Danell, bilaga 6. Som jämförelse visas i den högra spalten fördelningen av samtliga kliniska publikationer mellan lärosätena

Organisation	Antal KAM-publikationer	Andel av de svenska KAM-publikationerna, procent[1]	Andel av samtliga svenska kliniska publikationer, procent[2]
Karolinska Institutet/ Karolinska Universitetssjukhuset	268	37,0	33,7
Göteborgs Universitet/ Sahlgrenska Universitetssjukhuset	137	18,9	16,3
Lunds Universitet/Skånes Universitetssjukhus	119	16,4	18,3
Linköpings Universitet	66	9,1	7,9
Uppsala Universitet	63	8,7	12,9
Umeå Universitet	39	5,4	7,9
Örebro Universitet	32	4,4	3,0

[1] Fördelning mellan universitet med medicinska fakulteter; därutöver finns KAM-publikationer från andra universitet, högskolor och privata organisationer.

[2] Beräknat utifrån uppgifter ur Vetenskapsrådets utvärdering 2018 av den kliniska forskningen vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet (12).

I förhållanden till all klinisk vetenskaplig produktion förefaller Karolinska Institutet, Göteborgs, Linköpings och Örebro universitet ha något högre produktion och universiteten i Lund, Uppsala och Umeå något lägre forskningsproduktion inom KAM-området. Det finns dock anledning till försiktighet i tolkningen eftersom jämförelserna av andel KAM-publikationer i förhållande till samtliga kliniska publikationer inte gäller identiska tidsperioder. Av universitet utan medicinsk fakultet har Stockholms Universitet publicerat flest KAM-artiklar (25 artiklar).

De databaser som använts i bibliometrin gör att den absoluta merparten av den svenska KAM-forskningen som täckts in av analysen har utförts vid universitet med medicinsk fakultet. På så sätt kan KAM-forskningen sägas vara en integrerad del av den akademiska forskningen inom området medicin och hälsa. Även vid organisationer utan akademiskt status[1] finns dock medarbetare som publicerat vetenskapliga arbeten: Svenska Örtmedicinska Institutet (12 publikationer), Skandinaviska Naprapathögskolan (8 publikationer), Vidarkliniken (6 publikationer) och Skandinaviska Kiropraktorhögskolan (4 publikationer). Det bör noteras att vår utredning inte tar upp kiropraktik och naprapati (eftersom de är legitimationsyrken), även om de i Medline indexeras som komplementär medicin.

[1] Benämningen ”universitet” är reserverad för de lärosäten som regeringen bestämt uppfyller vissa villkor. Inom KAM-området finnas dock åtminstone ett exempel på annan organisation som kallar sig universitet (Fria Universitetet Norden, som lär ut addiktologi som behandling mot missbruk).

Tabell 13.4 Svenska forskare med flest KAM-publikationer i Web of Science, 2005–2017

Ur Danell och Danell, bilaga 6[1, 2]

Författare	Antal publikationer	Andel av svenska KAM-publikationer, procent
Elisabet Stener-Victorin, Göteborg och Stockholm	40	6,4
Torkel Falkenberg, Stockholm	21	3,4
Etzel Cardena, Lund	18	2,9
Thomas Lundeberg	16	2,6
Mats Hammar, Linköping	12	1,9
Devin B Terhune, Lund	11	1,8
Irene Lund, Stockholm	10	1,6
Alexander Panossian, Ängelholm	9	1,4
Tobias Sundberg, Stockholm	9	1,4

[1] Av de forskare med flest KAM-publikationer som identifierades i den bibliometriska analysen har en (Vinjar Fønnebø) uteslutits ur tabellen eftersom han inte är svensk forskare (men har haft samarbete med svenska forskare). Han har stått för 1,6 procent av de studier som täckts in av den bibliometriska analysen.

[2] Som vi förklarar i avsnitt 13.5 indexeras forskning bedriven vid Osher Center för Integrativ Medicin, Karolinska Institutet, oftast under rubrikerna neurologisk, neurofysiologisk eller psykologisk forskning i Medline, varför dessa forskare inte täcks in av den bibliometriska analysen. Motsvarande kan gälla även för annan forskning med KAM-anknytning.

De svenska forskare som publicerat flest arbeten klassificerade som Complementary Medicine i Medline har undersökt främst akupunktur (Elisabet Stener-Victorin, Mats Hammar och Irene Lund), integrativ vård i brett perspektiv (Torkel Falkenberg och Tobias Sundberg), parapsykologi (Etzel Cardena), hypnos (Devin Terhune) samt örtmediciner (Alexander Panossian).

Det är också relativt vanligt att svenska forskare vars fokus inte primärt gäller KAM-området gör enstaka studier av effekterna av t.ex. akupunktur, yoga och växtbaserade produkter. Dessa avspeglas i att många av de svenska KAM-studierna publiceras inom andra medicinska sub-områden i Medline, som *Neuroscienes Neurology, Psychology och Pharmacology Pharmacy* (bilaga 6).

I analyser av svenska KAM-forskares nätverk har ribban för att avgöra om det finns samarbete satts vid minst 4 gemensamma artiklar. Utöver visst samarbete mellan de forskargrupper som arbetat med akupunktur respektive policyfrågor, indikerar nätverksanalysen att svenska KAM-forskare har sparsamt vetenskapligt samarbete sinsemellan (figur 6 i bilaga 6).

Ett tydligt nätverk handlar om Göteborgs/Stockholmsbaserad akupunkturforskning inom obstetrik-gynekologi med Stener-Victorin som centralperson. Falkenbergs forskargrupp har betydande utbyte med ledande europeiska forskare inom KAM-området; de gemensamma publikationerna i vetenskapliga tidskrifter har nästan uteslutande gällt policyfrågor inom KAM. Inga tvärvetenskapliga nätverk över fakultetsgränser med hög aktivitet kan spåras (detta med reservation för att analysen baseras på en livsvetenskaplig databas). En mer utförlig genomgång av innehållet i nätverksanalysen finns i bilaga 6.

De svenska artiklarna har oftast publicerats i tidskrifter med KAM-inriktning – av de tio vanligast förekommande tidskrifterna har sju KAM-profil medan två kan betecknas som specialitetsinriktade och en är en bred medicinsk tidskrift. Vilket genomslag tidskrifterna har brukar mätas som impact factor, byggt på hur ofta de citeras (i sig inget oomstritt mått). De tidskrifter i vilka svenska KAM-forskare oftast publicerar sina artiklar har impact factors som ligger relativt högt i jämförelse med andra tidskrifter med KAM-inriktning. Impact factor för dessa tidskrifter ligger ungefär i nivå med medelvärdet för tidskrifter inom de flesta andra medicinska områden (13)[2]. Ingen av KAM-tidskrifterna tillhör dock de mer citerade.

Av enskilda artiklar med åtminstone en svensk författare rör den klart mest citerade artikeln resultaten av en europeisk kartläggning av användningen av KAM-metoder, där Sverige som ett av 12 länder bidragit med data. Av de andra på tio-i-topplistan är majoriteten översiktsartiklar eller handlar om policyfrågor. Två artiklar har presenterat resultat från originalstudier, en om allergier hos barn i familjer med antroposofisk livsstil och en om mindfulness hos patienter med cancer. När antalet citeringar per artikel ska bedömas, måste man dock hålla i minnet att äldre artiklar har större möjlighet att få många citeringar än nyare. Detta beror helt enkelt på att de funnits tillgängliga under längre tid.

[2] Impact factor för de KAM-inriktade tidskrifter i vilka svenska forskare oftast publicerar sina resultat är 1,0–2,8, att jämföra med genomsnittet för områdena omvårdnad 1,2, allmän- och internmedicin 1,5, kirurgi 1,2, hjärt- och kärlsjukdomar 2,3 och cancer 3,2 (i dessa genomsnittsvärden ingår dock många nationella tidskrifter med få citeringar, så t.ex. är Läkartidningens impact factor 0,05).

13.4 Forskningsfinansiering

Uppgifter om finansiering av KAM-forskning

Alternativmedicinutredningen 1989 konstaterade att det ekonomiska stödet från statliga forskningsfinansiärer till alternativmedicinsk forskning ”… varit blygsamt. Bidrag från andra organ har medverkat till att ett fåtal forskare kunnat genomföra sina projekt, ofta som bisyssla vid sidan om annan verksamhet.” Utredningen ansåg Forskningsrådsnämnden (numera nedlagd) med sin tvärvetenskapliga profil vara lämpad att fördela statliga anslag till alternativmedicinsk forskning. En önskvärd summa om 5 miljoner per år nämndes (8).

I den kartläggning av svenska behandlingsstudier inom KAM-området som FAS lät göra 2007 (se ovan) hade antalet projekt som fått forskningsanslag ökat kraftigt under 2000-talet för att verksamhetsåret 2006/2007 uppgå till 33 stycken (11). Vid denna tidpunkt stod privata stiftelser och landsting för merparten av finansieringen. Ekhagastiftelsen hade finansierat ungefär lika mycket som landstingen och Vetenskapsrådet tillsammans. Författarna till rapporten framhöll att anslagen till behandlingsforskning inom KAM-området var små.

I databasen Web of Science finns uppgifter om vilken organisation som har finansierat en publikation. Dessa uppgifter bygger på de redovisningar som finns i publikationerna. I sin bibliometriska kartläggning som genomförts för utredningen fann Danell och Danell att det i svenska KAM-publikationer fanns uppgifter om finansiär i ungefär hälften av dem (bilaga 6). Den låga andelen kan delvis bero på att forskningen genomförts med hjälp av universitets/högskolors ordinarie lönemedel utan extern finansiering. Men den låga andelen med uppgifter om finansiering manar också till försiktighet när uppgifterna tolkas.

I tabell 13.5 redovisas de nio mest förekommande finansiärerna som identifierats via Web of Science. Av dessa forskningsfinansiärerna är det en, Ekhagastiftelsen, som uttryckligen har komplementärmedicin som ett av de områden som stöds.

Tabell 13.5 De tio forskningsfinansiärer som oftast anges i svenska KAM-publikationer i Web of Science, 2005–2017

Ur Danell och Danell, bilaga 6

Finansiär	Antal publikationer	Andel av publikationerna, procent
Vetenskapsrådet (tidigare Medicinska forskningsrådet)	64	10,3
Karolinska Institutet	35	5,6
Ekhagastiftelsen	31	5,0
Vårdalstiftelsen[1]	19	3,1
Stockholms läns landsting	15	2,4
Cancerfonden	15	2,4
Adlerbertska stiftelserna, Göteborg	12	1,9
Stiftelsen Handlanden Hjalmar Svenssons forskningsfond, Göteborg	12	1,9
Region Östergötland (tidigare Östergötlands läns landsting)	11	1,8

[1] Nedlagd 2014.

Via en fritextsökning av databaser vid Vetenskapsrådet (VR) kunde 36 ansökningar som rörde KAM-området identifieras (tabell 13.6).

Tabell 13.6 Projektansökningar till Vetenskapsrådet (VR) åren 2014–2017 inom KAM-området[1]

Sökord	Antal ansökningar	Antal beviljade
Akupressur	2	0
Akupunktur	3	1
Folkmedicin	2	1
Meditation	1	0
Mindfulness	15	0
Taktil massage (taktil stimulering)	7	3
Traditionell kinesisk medicin	2	1
Yoga	2	0
Örtmedicin	2	0
Summa	**36**	**6**

[1] I fritextsökningar av databaserna användes 43 sökord för terapeutiska system och metoder som rör KAM. Nio av dessa sökord gav träffar.

Under åren 2014–2017 inkom till Vetenskapsrådet i genomsnitt 9 KAM-ansökningar per år. Beviljandegraden var 17 procent (6 av 36). Ansökningar som rörde mindfulness stod för en påfallande stor andel av KAM-ansökningarna (42 procent; det kan diskuteras om mindfulness ska klassificeras som KAM, se avsnitt 16.4). Ingen av mindfulnessansökningarna beviljades. För de övriga KAM-ansökningarna var beviljandegraden 29 procent.

Dessa siffror ska jämföras med VR-ansökningarna i stort. År 2017 inkom 856 ansökningar om projektbidrag. Ansökningar som rörde KAM stod således för omkring 1,1 procent av alla ansökningar (0,6 procent exklusive mindfulnessansökningar). Beviljandegraden för samtliga projektansökningar till VR under åren 2014–2017 var 15–24 procent. Det fåtal KAM-sökningar som ändå inkommer till VR har således, i förhållande till andra ansökningar inom området Medicin och Hälsa, ungefär samma chanser att bli beviljade.

Andelen KAM-ansökningar av samtliga ansökningar om projektanslag från VR är påfallande låg. Ett lågt söktryck kan ha en rad olika orsaker. En orsak som KAM-forskare framfört till utredningen är att man uppfattar att KAM-forskning rent generellt har låg status hos VR och att VR, liksom andra större forskningsfinansiärer, inte har förmåga att rätt bedöma KAM-ansökningar. En annan orsak kan vara att man själv inte anser sig vara konkurrensmässig. En tredje orsak kan vara att man har negativa erfarenheter av tidigare ansökningar.

Utredningens bibliometriska analys visade endast sparsam nationell forskarsamverkan inom KAM-området. Det kan i detta sammanhang nämnas att VR har ett regeringsuppdrag att i en cyklisk process göra en behovsinventering med syftet att peka ut områden där behoven av ny forskningsinfrastruktur är tydliga. Utfallet av behovsinventeringen används därefter som underlag för Vetenskapsrådets riktade utlysning av stöd till infrastruktur.

Cancerfonden har beviljat medel till ett fåtal KAM-projekt under senare år, bl.a. ett om akupunktur mot illamående och ett grundvetenskapligt projekt om effekterna av grönt té.

Ekhagastiftelsen, grundad 1944, stödjer ”vetenskaplig forskning inom ekologiskt lantbruk samt komplementär och biologisk medicin”. Stiftelsen delar ut cirka 12 miljoner kronor per år, fördelat på 10–15 projekt. Ungefär hälften av de beviljade medlen går till projekt inom komplementär och biologisk medicin. Andelen av de sökande

som beviljas anslag brukar vara 10–15 procent, dvs. något lägre än Vetenskapsrådets beviljandegrad.

I gruppintervju med FoU-chefer i de landsting som har universitetssjukvård framfördes få exempel på forskning och utvecklingsprojekt inom KAM-området som finansieras av ALF-medel eller andra landstings/regionmedel utlysta i konkurrens (dock nämndes projekt rörande yoga och ridterapi). I Region Skåne har man tagit ett politiskt beslut att stödja forskning om grön rehabilitering (t.ex. trädgårdsarbete) och kulturorienterad rehabilitering. Region Östergötland har särskilda medel avsatta för utvecklingsarbeten kopplade till integrativ hälso- och sjukvård (”KIPP:en”). En förfrågan från utredningen som via SKL gått ut till landsting och regioner har inte kunnat identifiera andra huvudmän som avsatt särskilda medel för forskning eller utveckling inom KAM-området, se vidare i kapitel 6.

Sjöbergstiftelsen, som instiftades av finansmannen Bengt Sjöberg 2016, har till uppgift att stödja cancerforskning. Stiftelsen välkomnar projektförslag som behandlar ”okonventionella behandlingsmetoder vid cancervård”. 2018 utlystes medel bl.a. för forskning om omvårdnad och komplementära behandlingsmetoder vid cancerbehandling och ett av projekten som beviljades medel det året var mistelextrakt vid behandling av patienter med inoperabel pankreascancer.

Det norska NAFKAM, förlagt till Norges Arktiska Universitet i Tromsö, har statligt grundanslag för forskning och vissa forskningsrelaterade aktiviteter, i storleksordningen 9–10 miljoner svenska kronor per år[3]. NAFKAM drar dessutom in betydande externa forskningsanslag sökta i konkurrens med sökande utanför KAM-området.

År 2000 etablerades det ett fristående danskt KAM-forskningscenter i Århus (Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling, VIFAB), bekostat av statliga medel. Efter utvärdering lades centrumet ner 2012. Ett råd för alternativ behandling (SRAB) vid den danska myndigheten Styrelsen for Patientsikkerheds Råd har nyligen erhållit 5,8 miljoner svenska kronor per år för att främja forskningssamarbete mellan KAM-området och etablerad hälso- och sjukvård.

[3] Medlen har t.o.m. 2018 utbetalats av Helsedirektoratet (den norska motsvarigheten till Socialstyrelsen). När utredningen träffade Helsedirektoratet i april 2018 berättade man att förändringar planerades fr.o.m. 2019, men att beredningen av detta ärende fortfarande pågick.

Synpunkter på finansiering av KAM-forskning

Utredningen har vid de flesta av de genomförda intervjuerna tagit upp frågor om KAM-forskning. De allra flesta KAM-utövare och andra KAM-förespråkare framhåller att KAM-forskningen har alltför dåliga ekonomiska förutsättningar i Sverige. Merparten anser detta vara KAM-forskningens helt dominerande problem.

Som förebild ser man framför allt den stora amerikanska satsningen på KAM-forskning, samordnad av National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), i storleksordningen 1,1–1,2 miljarder kronor per år av statliga medel (2017). Amerikanska kongressledamöter och vetenskapsmän, bland dem ett par Nobelpristagare, har ifrågasatt det vetenskapliga utfallet av denna mångåriga satsning (t.ex. [14, 15]). I en artikel av debattkaraktär 2012 gjordes en genomgång av projekt finansierade av NCCIH:s föregångare NCCAM under åren 2000–2011 (totalt över 11 miljarder kronor) (16). I artikeln gavs flera exempel på hur mycket omfattande satsningar på kliniska prövningar av KAM-terapier resulterat i mycket få (eller inga alls) vetenskapliga rapporter om terapiernas effekter.

Amerikanska KAM-företrädare har haft en annan ansats när de granskat NCCIH. År 2015 publicerade Academic Consortium for Complementary and Alternative Health Care (ACCAHC), en sammanslutning av drygt 175 amerikanska KAM-utbildningar och över 375 000 KAM-utövare, rekommendationer riktade till NICCH (17). De hade funnit att NCCIH:s föregångare NCCAM under 2010–2014 årligen delade ut omkring 100 miljoner dollar till 300–400 projekt inom området komplementär och integrativ hälsa (CIH; andra delar av National Institutes of Health delade dessutom 2014 ut 267 miljoner dollar till CIH-forskning). Men konsortiet fann att bara 2 procent av NCCIH:s anslag gick till CIH-institutioner. Man noterade att NCCIH inte utdelat några medel alls till CIH-institutionerna för forskning som handlade om *system* inom CIH-området. Huvudrekommendationerna till NCCIH handlade om att prioritera forskning baserad på hela system och discipliner, insamling av data om utfall i förhållande till kostnader samt uppbyggnad av forskningskompetens vid CIH-institutionerna.

Flera av de KAM-förespråkare vi intervjuat anser att satsningar på svensk KAM-forskning skulle vara samhällsekonomiskt lönsamma. Det finns bland förespråkarna också en utbredd uppfattning

att ansökningar om medel för KAM-forskning bedöms hårdare av finansiärerna än annan forskning inom området medicin och hälsa. Utredningen har mött forskare som har erfarenhet av att söka medel för att undersöka såväl KAM-metoder som icke-KAM-metoder och som delar denna syn. Många framhåller att de svenska finansiärerna i sina bedömningar håller sig alltför strikt till ett biomedicinskt paradigm och att de inte accepterar de utvärderingsmodeller som kännetecknar mycket av den kliniska KAM-forskningen. KAM-forskare som utredningen intervjuat menar att det bland de experter finansiärerna anlitar ofta finns en generell avoghet mot KAM-forskning.

Vid vår intervju med norska KAM-forskningscentrumet i Tromsö beskrev man samma tendens, men samtidigt framhölls att det ändå finns hyggliga möjligheter att finna finansiering för forskningsprojekt, såvida de är av god kvalitet. I Tyskland finns tio professorer inom KAM-området, varav vi i utredningen intervjuat tre. De beskrev svårigheter att erhålla forskningsanslag från t.ex. Deutsche Forschungsgemeinschaft (den tyska motsvarigheten till Vetenskapsrådet). Dock nämndes exempel på att ledande KAM-forskare anlitas som experter i de tyska statliga forskningsfinansiärernas prioriteringskommittéer. Merparten av anslagen till den tyska KAM-forskningen kommer från privata forskningsfinansiärer.

På frågan om KAM-projekt har svårare än andra projekt inom medicin och hälsa att hävda sig i konkurrensen om forskningsmedel och i så fall varför, hänvisar såväl Vetenskapsrådet, Cancerfonden som landstingens/regionernas FoU-chefer till att projekt prioriteras utifrån vetenskaplig kvalitet. Även Ekhagastiftelsen fäster i sina bedömningar stor vikt vid projektets vetenskapliga kvalitet, men har också ett tydligt relevanskriterium.

Vetenskapsrådet och Cancerfonden framhåller att de brukar kräva att utvärderingsmetoden är vetenskapligt acceptabel. Detta gäller forskning med såväl kvantitativ som kvalitativ metodik. Bland de problem som nämns beträffande ansökningar om KAM-projekt framhålls särskilt att kontrollgrupper eller kontrollpersoner kan saknas. Ansökningar som gäller fallstudier brukar inte beviljas.

För kliniska studier krävs enligt Vetenskapsrådet och Cancerfonden i regel en rimlig bakomliggande mekanism och/eller experimentella eller tidigare kliniska fynd som studien kan baseras på. Pragmatiska kliniska studier (”black box-studier”, ”whole concept

studies"; se kapitel 14), där man inte kan identifiera exakt vilka komponenter i ett terapikoncept som bidrar till en effekt, kan mycket väl finansieras. Bland FoU-cheferna finns uppfattningen att vissa metoder/terapeutiska system endast kan utvärderas i pragmatiska studier.

Ekhagastiftelsen avsätter enligt sina statuter medel för forskning inom KAM-området. Däremot har varken Vetenskapsrådet eller Cancerfonden särskilda medel för KAM-forskning och har heller inte några planer på sådan öronmärkt satsning – de menar att öronmärkning av projektmedel skulle innebära att man finansierar projekt av lägre vetenskaplig kvalitet. Genom att finansiera forskarskolor kan Vetenskapsrådet dock stödja områden där det är särskilt angeläget med kompetensuppbyggnad. Sådana forskarskolor finns inom psykiatri, åldrande, odontologi och antibiotikaresistens. Cancerfonden har inga planer på att stödja forskarskolor.

Kritiker framhåller att vissa KAM-områden, framför allt akupunktur och homeopati, varit föremål för ett mycket stort antal vetenskapliga studier och att problemen inte handlar om forskningens kvantitet utan dess kvalitet. Förbundet Fysioterapeuterna framhåller att det i första hand behövs forskning kring metoder som är introducerade på sina håll i hälso- och sjukvården men som fortfarande är omstridda; ridterapi nämns som ett exempel.

13.5 Exempel på svenska forskningsmiljöer inom KAM-området

I Sverige finns tre större forskarkonstellationer verksamma inom KAM-området, alla vid Karolinska Institutet. Därutöver finns mindre forskargrupper med KAM-inriktning vid flera universitet samt forskargrupper som utvärderar vissa KAM-terapier som led i en bredare forskning inom ett sjukdomsområde.

Professor Elisabet Stener-Victorin vid Karolinska Institutet, tidigare Göteborgs Universitet, är den enskilda forskare som stått för flest svenska KAM-publikationer (se ovan). Hon och hennes forskargrupp har publicerat en rad vetenskapliga arbeten om effekterna av akupunktur på bl.a. hormonreglering och ämnesomsättning, särskilt vid äggstockssjukdomen PCOS. Själv ser Stener-Victorin sin akupunkturforskning som en av många delar av gruppens breda PCOS-forskning, således inte i första hand som KAM-forskning.

Gruppen arbetar både med djurmodeller och kliniska studier. Forskargruppen består för närvarande (hösten 2018) av 3 doktorander, 2 post-docs och en laboratorieingenjör. De omsätter cirka 6–7 miljoner kronor per år. Stener-Victorin har omfattande samarbete med kinesiska forskare och hon har varit styrelseledamot i den internationella Society for Acupuncture Research organisationen 2014–2018.

Forskargrupp Integrativ Vård under ledning av forskaren Torkel Falkenberg och universitetslektor Maria Arman vid Sektionen för omvårdnad, Karolinska Institutet, har nio medarbetare och beskriver att syftet med forskarkonstellationen är att öka den akademiska kunskapen om den integrativa vårdens möjligheter och begränsningar ur olika aktörsperspektiv (18). De undersöker också den integrativa vårdens relevans för olika hälsoprofessioner, inklusive omvårdnad.

Man använder såväl kvalitativ (t.ex. fenomenologi och hermeneutik) som kvantitativ forskningsmetodik (bl.a. pragmatiska randomiserade kliniska prövningar och registerstudier). Forskningen innefattar även hälsoekonomi och molekylärbiologi. Enligt hemsidan samarbetar forskargruppen med forskare från fackområden som omvårdnad, förlossningsvård, medicin, medicinsk antropologi, vetenskapsfilosofi, vetenskapsteknologi, hälsoplanering, hälsoekonomi och beslutsfattande. Aktuella forskningsområden rör t.ex. kronisk smärta och olika aspekter på antroposofisk vård (rehabilitering, kostnadseffektivitet och existentiell omvårdnad). Gruppen studerar också mindfulness i behandling av depression, placebo, samt ett flertal specifika behandlingsmetoder inom KAM.

Forskargruppen har ett omfattande internationellt kontaktnät och har haft centrala roller i det europeiska forskarnätverket *CAMbrella* (19) och i arbetet med *WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023* (3).

Osher centrum för integrativ medicin vid Karolinska Institutet har inrättats med hjälp av en donation från Barbro Osher Pro Suecia Foundation och Bernard Osher Foundation. Vid centrumet finns fyra forskargrupper, ledda av Martin Ingvar, Eva Kosek, Karin Jensen och Mats Lekander, med sammanlagt 44 anställda och anknutna personer (juli 2018) (20). Förutom finansiering via Osher Foundation har man också stora externa forskningsanslag. Centrumet omsätter cirka 25 miljoner kronor per år.

Forskningsinriktningen är främst psykobiologisk, där grunderna för fysiskt och psykiskt välbefinnande studeras. En stor del av studierna rör ”Mind-Body Medicine”, t.ex. placeboeffekter, smärtupplevelser, självskattad hälsa samt psykologisk behandling av smärta, sömnsvårigheter eller psykisk ohälsa. Forskare från Oshercentrum har för utredningen beskrivit hur man söker integrera upplevelser av hälsa och ohälsa med fysiologiska skeenden och hur man betraktar kroppen i sin helhet som ett lärande system (21). Många projekt utgår från hälsosystemsperspektiv, till exempel hur vården kan organiseras för att ta tillvara patientens intressen. Exempel på aktuella forskningsfrågor är: Hur kan vården bättre möta patienter med flera diagnoser som vårdas på olika enheter i sjukvården? Hur kan man i vården utnyttja placeboeffekter och hur maximeras de? Vid Oshercentrumet genomförs även kliniska behandlingsstudier, t.ex. om effekterna av den psykoterapeutiska metoden Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Det ska noteras att det mesta av den forskning som bedrivs vid Oshercentrumet inte klassificeras under rubriken *Complementary Medicine* i Medline och därför inte täcks in av den bibliometriska analys av svensk KAM-forskning som Danell och Danell utfört för utredningens räkning. I stället klassificeras den oftast som neurologisk, neurofysiologisk eller psykologisk.

Som framgår på flera andra håll i utredningen är området integrativ, komplementär och alternativ medicin svåravgränsat. Vid våra intervjuer har många KAM-förespråkare framfört att Oshercentrumet ligger alltför nära konventionell medicinsk forskning både när det gäller frågeställningar och vilka forskningsmetoder som används för att betraktas som KAM-forskning. Företrädare för centret menar däremot att forskningen faller inom området för integrativ hälsa genom ett holistiskt och patientcentrerat perspektiv på hälsa och välbefinnande.

13.6 Synpunkter på svensk KAM-forskning som framkommit vid utredningens intervjuer

Många av de förespråkare för KAM som utredningen intervjuat har framhållit att de forskningsmetoder som används i dagens forskning inom området medicin och hälsa inte lämpar sig för KAM-området,

bl.a. för att de inte skulle ta hänsyn till det holistiska eller systembiologiska perspektivet. En vanlig synpunkt är också att terapierna är individuellt anpassade och att utvärdering på gruppnivå därför inte är anpassad till KAM-metoder. I utredningens intervjuer med KAM-utövare har man vidare efterlyst patienternas egna berättelser (”verkligheten”) i publicerade studier inom KAM-området. KAM-utövare framhåller också att de bör engageras i forskningen.

Det finns KAM-utövare som förespråkar att utvärderingsmetoder från konventionell medicinsk forskning kombineras med patientberättelser (en form av ”mixed methods” [22]). Andra, mer kritiskt inställda personer vi intervjuat, har ifrågasatt KAM-forskarnas anspråk på att särskilt företräda helhetsperspektiv och systemansats i forskningen.

Det finns forskare inom KAM-området som har beskrivit att de är utsatta för obehagligt ifrågasättande på sociala medier och gammalmedier (ordet ”uthängda” används) på ett annat sätt än vad ”konventionella” forskare inom området hälsa och medicin är. De tycker sig också sedda över axeln av sina många av forskarkollegorna. En av de forskare vi intervjuat beskriver KAM-forskning som ett högriskprojekt ur karriärsynpunkt. En annan har sett det bristande intresset för KAM-forskning i Sverige som en genus- och maktfråga – majoriteten av utövarna är kvinnor och inom många delar av KAM-området är också majoriteten av de vårdsökande kvinnor.

I gruppintervju med FoU-cheferna i de landsting och regioner som har universitetssjukvård betonades behovet av inte bara effektstudier utan också patientsäkerhetsstudier när man tar ställning till om en metod från KAM-området ska införas i hälso- och sjukvården eller inte. Från patienthåll (Funktionsrätt Sverige) efterlyser man fler studier om individualiserad terapi där patientens erfarenheter tas tillvara bättre än i dag. Man framhåller också vikten av att patienter involveras när en klinisk studie planeras, en synpunkt som utredningen också mött bland KAM-utövare.

Vid en gruppintervju med journalister framförde ett par av deltagarna att det borde finnas öronmärkta pengar för KAM-forskning och att utredningen borde komma med förslag om hur resultat från KAM-forskningen bättre kan föras ut till allmänheten.

13.7 Samhälls- och religionsvetenskaplig, humanistisk och juridisk KAM-forskning

Det vi här huvudsakligen har diskuterat gäller forskning om KAM-metoders biologiska och psykologiska effekter på utfall som välbefinnande. Lika intressant är att se KAM ur samhälls- och religionsvetenskapliga, humanistiska och juridiska perspektiv. Vi har inom ramen för denna utredning inte analyserat svensk KAM-forskning inom dessa områden. I våra kontakter med forskare på detta område har vi inte träffat på uppfattningen att forskningen skulle särbehandlas enbart för att det rör sig om KAM.

Utredningen har inte identifierat några systematiska översikter över vetenskaplig KAM-litteratur utöver de inom medicin och omvårdnad. I en brittisk översiktsartikel över sociologisk KAM-forskning sedan millennieskiftet diskuterar författaren den sociologiska forskningens framtid inom KAM och traditionell medicin (23). Ett forskningsområde som pekas ut rör policyfrågor, bl.a. studier av nationella policies för att reglera KAM-verksamhet och försök att påverka tillgången till KAM. Forskaren efterlyser också studier som ökar förståelsen av KAM som social företeelse samt studier av hur man utnyttjar sociologisk kunskap för att förbättra kvaliteten i KAM-utövandet. Dessutom pekar hon på behovet av interdisciplinär forskning och mer innovativa forskningsmetoder.

13.8 Exempel på internationella strategier för KAM-forskning

Vi presenterar här två internationella dokument med strategier för KAM-forskning. Utöver dessa har en lång rad internationella organisationer, främst sammanslutningar av terapeuter, utvecklat strategier för delar av KAM-området.

I WHO:s *Traditional Medicine Strategy 2014–2023* görs bedömningen att forskningen inom området T&CM (traditionell och komplementär medicin) gjort betydande framsteg sedan 2000-talets början (3). I strategidokumentet redovisas att antalet medlemsländer med nationellt T&CM-forskningsinstitut ökat från 19 år 1999 till 73 år

2012. Strategin är bred och riktar sig till såväl medlemsstaterna, ”partners and stakeholders” som WHO internt. Några av de nyckelpunkter som rör forskning är:

- Återkommande i dokumentet sägs att forskning ska vara prioriterad och att resurser bör avsättas för T&CM-forskning.
- De forskningsmetoder som används ska vara ”consistent with T&CM theories and practice.” Vad som avses med denna formulering utvecklas inte i dokumentet.
- I förbigående nämns kontrollerade kliniska prövningar, men i dokumentet framhålls att det finns mycket att lära från andra utvärderingsmetoder (här nämns observationsstudier som ”outcome and effectiveness studies” och ”comparative effectiveness research”) samt kvalitativa forskningsmetoder. Behovet av kostnadseffektivitetsstudier nämns på ett par ställen.
- Med viss emfas understryker man att ”real world experiments”, där olika forskningsmetoder används, är viktiga. Samtidig användning av flera olika forskningsansatser (”mixed methods”) nämns särskilt.
- Undersökningar av hur KAM används och sprids i befolkningen framhålls som en strategiskt särskilt viktig fråga.
- Medlemsländerna uppmanas etablera nationella KAM-forskningscentra. De uppmanas också utforma en nationell forskningsagenda; här betonas på nytt vikten av en bred metodologisk ansats.
- Internationellt forskningssamarbete bör utvecklas.

WHO:s strategidokument har kritiserats för att förespråka spridning av medicinska produkter med otillräckligt dokumenterad säkerhet (24). Strategin behandlades av Världshälsoförsamlingen (WHA) som är WHO:s beslutande organ och där medlemsländerna finns representerade vid världshälsomötet i maj 2014 (se vidare i kapitel 7). WHA noterade strategin och om medlemsstaterna själva ansåg det vara lämpligt, rekommenderades staterna att implementera strategin.

Arbetet med WHO-strategin finansierades av regeringarna i Kina och Hongkong och av WHO Collaborating Center for Traditional Medicine i Hongkong (3). Den svensk som deltog i strategiarbetet har för utredningen försäkrat att finansiärerna inte påverkade arbetet.

WHO har även inkluderat ett klassificeringssystem för kinesisk traditionell medicin i den 11:e versionen av deras kategorisering av sjukdomar och diagnoser, den så kallade *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD). Även detta har mötts av kritiken att det riskerar att legitimera metoder där eventuell nytta och risk inte klarlagts vetenskapligt (25, 26).

I det EU-finansierade ***CAMbrella-projektet*** som slutrapporterade 2013 var målsättningen bl.a. att utveckla en vägkarta (roadmap) för europeisk KAM-forskning (19). I projektet identifierades ett antal nyckelfrågor: metodologiska svårigheter i tidigare KAM-forskning (t.ex. randomisering och blindning), användning av kvantitativ respektive kvalitativ metodik, prioriteringar inom KAM-forskning samt specifika frågor kring olika KAM-terapier (19). Vidare noterades att KAM-forskningens fokus förskjutits under det senaste decenniet. Efter att tidigare i huvudsak ha handlat om utforskning av effekter i kliniska prövningar (efficacy) och mekanismer, betonade intressenterna att det under senare år krävts ett brett spektrum av forskningsmetoder för att utforska sammanhang, säkerhet och effektjämförelser av hela vårdsystem i daglig praxis (effectivenss). Därtill noterade man att ospecifika effekter (placeboeffekter i bred mening) kan spela en betydande roll i KAM-terapier och att det är sparsamt med tillförlitliga uppgifter om säkerhet och biverkningar i daglig praxis.

Enligt slutrapporten var fyra nyckelpunkter i den vägkarta som utvecklades inom ramen för CAMbrella (19):

1. KAM är ett försummat forskningsområde som kräver ökade aktiviteter.
2. KAM-forskning måste avspegla de behov som medborgare, patienter, terapeuter och andra intressenter har.
3. KAM-forskning måste avspegla den verkliga världens förhållanden (”real-world settings”) i europeisk hälso- och sjukvård.
4. För att underlätta detta skulle ett centraliserat och akademiskt baserat EU-center för KAM vara välkommet.

Referenser

1. Brodin Danell J-A., Danell R. Publication activity in complementary and alternative medicine. Scientometrics. 2009;80:539–51.
2. Danell J-A. Reception of integrative and complementary medicine (ICM) in scientific journals: a citation and co-word analysis Scientometrics. 2014:807–21.
3. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=12013 (hämtad 2019-02-21).
4. Cochrane Library. www.cochranelibrary.com
5. Cochrane. Cochrane Complementary Medicine. http://cam.cochrane.org
6. SBU. Komplementär- och alternativmedicinska metoder i SBU:s publikationer åren 1989–2018. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. SBU-rapport nr 298. ISBN 978-91-88437-40-2.
7. Alternativmedicinkommittén. Värdering av alternativmedicinska teknologier. SOU 1989:63.
8. Alternativmedicinkommittén. Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén. SOU 1989:60.
9. Eklöf M. Alternativ medicin. Forskning i går, i dag, i morgon. Stockholm: Sprirapport 485; 1999.
10. Eklöf M., Kullberg A. Komplementär medicin: forskning, utveckling, utbildning: Landstingsförbundet; 2004.
11. Jensen I., Lekander M., Nord CE., Rane A., Ekenryd C. Complementary and alternative medicine (CAM). A systematic review of intervention research in Sweden. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap och Osher Center för Integrativ Medicin, Karolinska Institutet; 2007.

12. Vetenskapsrådet. Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet. www.vr.se/download/18.f1bedda162d16aa53a40e8/1529480552926/Utvardering-av-den-kliniska-forskningens-kvalitet-vid-de-landsting-som-omfattas-av-ALF-avtalet_VR_2018.pdf. 2018.

13. InCites Journal Citation Reports. http://jcr.incites. thomsonreuters.com.proxy.ub.umu.se/JCRHomePageAction.action?

14. Marcus DM, Grollman AP. Science and government. Review for NCCAM is overdue. Science. 2006;313(5785):301–2.

15. Offit PA. Do You Believe in Magic? The Sense and Nonsense of Alternative Medicine: Harper; 2013.

16. Mielczarek EV, Engler BV. Measuring mythology: Startling concepts in NCCAM grants. Sceptical Inquirer. 2012;36:36–42.

17. Menard MB, Weeks J, Anderson B, Meeker W, Calabrese C, O'Bryon D, et al. Consensus recommendations to NCCIH from research faculty in a transdisciplinary academic consortium for complementary and integrative health and medicine. J Altern Complement Med. 2015;21(7):386–94.

18. Forskargrupp Integrativ Vård. https://ki.se/nvs/forskargrupp-integrativ-vard?_ga=2.84239577.1706557375.1530771490-324295312.1526717341 (hämtad 2019-02-21).

19. CAMbrella Project. Final Report Summary – CAMBRELLA (A pan-European research network for complementary and alternative medicine [CAM]). https://cordis.europa.eu/result/rcn/57185_en.html. (hämtad 2019-02-21).

20. Om Osher centrum för integrativ medicin – OCIM. https://ki.se/forskning/om-osher-centrum-for-integrativ-medicin-ocim (hämtad 2019-02-21).

21. Ingvar M. Learning mechanisms in pain chronification--teachings from placebo research. Pain. 2015;156 Suppl 1:S18–23.

22. Tashakkori A., Teddlie C., editors. Mixed Methods in Social & Behavioral Research: SAGE Publications; 2010.

23. Gale N. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. Sociology Compass. 2014;8/6:805–22.

24. Grollman AP., Marcus DM. Global hazards of herbal remedies: lessons from Aristolochia. EMBO Rep. 2016;17(5):619–25.

25. Cyranoski D. Why Chinese medicine is heading for clinics around the world. Nature. 2018;561(7724):448–50. Epub 2018/09/28.

26. Salzberg S. WHO Endorses Traditional Chinese Medicine. Expect Deaths To Rise. www.forbes.com/sites/stevensalzberg/2018/10/01/who-endorses-tcm-expect-deaths-to-rise/#2539cddc6418 (hämtad 2019-02-19).

14 Vetenskaplig utvärdering och beprövad erfarenhet

- Av patientsäkerhetslagen framgår att ”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”. Begreppet *vetenskap och beprövad erfarenhet* förekommer också på flera ställen i patientlagen. Det har dock inte definierats, varken i lagstiftningen eller dess förarbeten.
- Ofta växer vetenskap och beprövad erfarenhet fram i samverkan. Finns det tillräcklig vetenskaplig evidens väger det tyngre än beprövad erfarenhet när t.ex. kliniska riktlinjer för olika sjukdomar utformas av myndigheter eller vårdprofessioner. Är det vetenskapliga underlaget bräckligt eller saknas helt, väger man i stället in beprövad erfarenhet.
- Det finns strukturer för att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka och vad som är beprövad erfarenhet i hälso- och sjukvården.
- När den evidensbaserade medicinens (EBM:s) principer tillämpas på KAM-metoder bedöms mycket ofta det vetenskapliga underlaget vara otillräckligt. KAM-förespråkare ifrågasätter om den etablerade medicinens sätt att utvärdera terapier är anpassade till utvärdering av KAM-terapier och holistiskt inriktade system. På en rad punkter framför de kritik mot EBM.
- Både KAM- och EBM-förespråkare lägger stor tyngd vid utfall av direkt betydelse för patienten. EBM-förespråkarna brukar dessutom betona att terapimetoderna inte ska stå i strid med allmänt accepterad vetenskap inom t.ex. biofysik, biokemi, fysiologi eller psykologi (rimlighetskriterium).

- KAM-forskare har föreslagit att man i den vetenskapliga utvärderingen av KAM-metoder bör ta större hänsyn än i dag till fallbeskrivningar och resultaten av kvalitativa studier samt tillämpa en så kallad cirkulär utvärderingsmodell där olika typer av studier integreras. I likhet med många andra kliniska forskare påpekar man att forskningsmetoden måste anpassas till frågeställningen, särskilt när komplexa interventioner studeras.

I utredningens uppdrag ingår en kartläggning av metoder att utvärdera KAM-behandlingar.

I detta kapitel redogör vi först för olika tolkningar av begreppet *vetenskap och berövad erfarenhet*. Därefter tar vi upp olika sätt att i hälso- och sjukvården utvärdera metoder, jämför med utvärdering av KAM-metoder samt tar upp begreppet rimlighet (plausibilitet). Några karaktäristika för den evidensbaserade medicinen (EBM) presenteras, liksom den kritik som många KAM-förespråkare riktar mot EBM. Andra modeller för utvärdering som föreslagits från KAM-håll presenteras och diskuteras kortfattat.

I texten talar vi om ”KAM-förespråkare, ”KAM-kritiker” och ”EBM-kritiker”. Dessa grupper är på intet sätt homogena. Att man förespråkar ett visst KAM-system eller en viss KAM-metod innebär inte att man förespråkar alla KAM-metoder generellt. Likaså finns det bland kritikerna många nyanser i inställningen till KAM utifrån vilka metoder eller filosofier det är fråga om eller utifrån vilken vetenskapssyn man har. Bland de som kritiserar evidensbaserad medicin (EBM) finns såväl de som avfärdar det grundläggande konceptet som de som i grunden stödjer EBM men ser begränsningar och vill utveckla EBM.

14.1 Begreppen vetenskap och beprövad erfarenhet samt effektivitet

Vetenskap och beprövad erfarenhet

Begreppet *vetenskap och beprövad erfarenhet* har en lång historia i svensk hälso- och sjukvård och är flitigt använt i dag. Det diskuteras även i KAM-sammanhang. Begreppet förekommer i flera olika lagar

inom hälso- och sjukvårdsområdet. Av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Av 7 kap. 1 § patientlagen (2014:821) följer att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Vidare framgår att patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. Likaså följer av 8 kap. 1 § samma lag att en patient, vid förnyad medicinsk bedömning, ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Begreppet *Vetenskap och beprövad erfarenhet* har dock inte definierats i lagen och inte heller i propositionerna till de lagar som nämns ovan, något som även noterades i det betänkande som Alternativkommittén publicerade år 1989 (1). Senare års analyser och debatt visar att det finns utrymme för många olika tolkningar. Vilken vetenskap avser man? Vad är beprövad erfarenhet? Till och med bindeordet *och* har utsatts för granskning (2). I detta avsnitt diskuterar vi i vad mån begreppet kan tillämpas på samma sätt inom integrativ, komplementär och alternativ vård som inom hälso- och sjukvård.

Ofta växer vetenskap och beprövad erfarenhet fram i samverkan – de som analyserat begreppen har talat om ”pardans” (2). När en behandlingsmetod är ny kan den bygga på vetenskapligt underlag, t.ex. från prekliniska studier och mindre kliniska prövningar, men bredare beprövad erfarenhet saknas. Allteftersom metoden kommer att användas i klinisk praxis ökar erfarenheterna av hur metoden bäst används, vilka effekterna är i dagligt bruk och vilka mindre vanliga biverkningar som kan uppträda.

Inom hälso- och sjukvården finns en lång rad exempel på otakt i ”pardansen”. Många metoder har svag vetenskaplig grund, men det finns omfattande beprövad erfarenhet och det finns en rimlig förklaring till att metoden skulle vara till nytta. Detta förekommer inom alla medicinska områden men är särskilt vanligt inom omvårdnad och rehabilitering. Andra metoder kan ha införts på teoretisk eller icke-klinisk vetenskaplig grund, och först senare har

kliniska studier bekräftat att de är effektiva (eller funnit dem ineffektiva).

Slutligen är medicinhistorien fylld av exempel på vetenskapliga studier som inte kunnat bekräfta nyttan med det som man dittills betraktat som beprövad erfarenhet. Inte sällan visar sig de skadliga effekterna av en ”beprövad” metod överväga nyttan. Klassiska exempel är åderlåtning och lavemangskurer.

Effektivitet

Ofta talar man om två innebörder av begreppet effektivitet. Den ena är *efficacy* – hur fungerar metoden under optimala betingelser i en klinisk prövning? Den andra är *effectiveness* – hur fungerar metoden i daglig klinisk praxis?

Idealet är att metodens gynnsamma effekter har visats sig väga tyngre än biverkningarna både i efficacy- och effectivenesstudier. I dagens forskning strävar man mot att ha både god intern- och extern validitet och det blir då ingen tydlig uppdelning mellan efficacy- och effectivenesstudier. Det förekommer annars att initiala kliniska prövningar visar god nytta (efficacy) men att nettonyttan visar sig minska när metoden tillämpas på bredare patientgrupper i den kliniska vardagen (effectiveness). Det kan även hända att tidigare okända biverkningar dyker upp när en metod tillämpas mer storskaligt än i kliniska prövningar.

14.2 ”Vetenskap och beprövad erfarenhet” i utvärderingen av metoder i hälso- och sjukvården

Hur ska man tolka patientsäkerhetslagens krav på *vetenskap och beprövad erfarenhet*? Om vi börjar med ”och-et”. Ska det tolkas som att det ska finnas *både* vetenskapligt underlag *och* beprövad erfarenhet? Eller räcker det med det ena, det vill säga ska det tolkas *och/eller*? Utifrån konkreta exempel har Persson och medarbetare visat att ingendera tolkningen varit allenarådande (2). I sina nationella riktlinjer använder sig Socialstyrelsen av såväl vetenskap som beprövad erfarenhet, inte sällan som alternativ. Om det finns till-

räcklig vetenskaplig evidens så väger det tyngre än beprövad erfarenhet. Men inte sällan är det vetenskapliga underlaget bräckligt eller saknas helt, då väger man i stället in beprövad erfarenhet.

Vilket vetenskapligt underlag räknas? Vetenskapliga teorier och prekliniska studier är viktiga för att bedöma om metoden är rimlig. Men man brukar inte acceptera detta som tillräckligt vetenskapligt underlag när metoden ska tillämpas för människor. I stället brukar såväl Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som professionella organisationer och vårdgivare kräva empiriska humanstudier. Hur det vetenskapliga underlagets evidensstyrka brukar bedömas beskrivs närmare nedan.

Vad som anses som *beprövad erfarenhet* i hälso- och sjukvården kan variera från land till land. Här begränsar vi oss till hur begreppet ska tolkas i *svensk* hälso- och sjukvård. Erfarenhet från klinisk verksamhet är förstås centralt i begreppet, men från filosofiskt och juridiskt håll har man också påpekat att allvaret i prövningen måste vägas in (3), vilket bl.a. innebär att kartläggningar av vad som är beprövad erfarenhet i Sverige bör ske på ett systematiskt sätt. Numera använder Socialstyrelsen enkäter till paneler som består av yrkesverksamma i vården med relevant erfarenhet, detta för att avgöra om det finns samsyn kring en åtgärd (konsensusförfarande). Mycket förenklat formuleras frågan: Anser du att åtgärd X är till större nytta än olägenhet vid tillstånd Y? Om minst tre fjärdedelar av panelen instämmer, anses det finnas rimlig konsensus kring metoden – den är förenlig med beprövad erfarenhet (4).

14.3 ”Vetenskap och beprövad erfarenhet” i utvärderingen av KAM

Mycket av kritiken mot KAM brukar vara inriktad på att vetenskapligt stöd saknas eller är bristfälligt. Man framför ofta att många kliniska KAM-studier, om än inte alla, inte håller tillräcklig vetenskaplig kvalitet.

När studiernas kvalitet bedöms brukar såväl intern som extern validitet värderas: Finns risk för bias (systematiska fel)[1]? I vad mån

[1] Det finns en rad olika möjliga bias, t.ex. selektionsbias, klassifikationsbias, behandlingsbias, bedömningsbias, rapporteringsbais, bortfallsbias, publikationsbias. Dessa termer förklaras i SBU:s metodhandbok (5).

kan resultaten överföras till klinisk praxis? SBU tillämpar GRADE, vilket är ett omfattande system för att bedöma de sammanvägda resultatens tillförlitlighet (se nedan) (5). Som framgår av avsnitt 13.2, bedömer SBU inte bara metoder som används inom hälso- och sjukvård utan också andra metoder såsom KAM-metoder.

I den facklitteratur som rör KAM-metoder finns ofta högst varierande uppfattningar mellan förespråkare och kritiker om det vetenskapliga underlagets styrka (t.ex. [6, 7]). Inte sällan förklaras bristande vetenskapligt underlag med att KAM-forskningen arbetar med knappa resurser och andra ofördelaktiga förutsättningar jämfört med annan medicinsk forskning[2]. KAM-forskningens villkor diskuteras närmare i kapitel 13.

För många KAM-metoder finns utbrett stöd bland utövarna att metoden är till nytta. I den meningen skulle man kunna säga att det finns beprövad erfarenhet. Patientsäkerhetslagen är dock främst riktad mot hälso- och sjukvården och hälso- och sjukvårdspersonalen och begreppet beprövad erfarenhet får anses avse den erfarenhet som hälso- och sjukvårdens medarbetare har.

14.4 Typer av vetenskapliga studier

Indelningsgrunder

Många av kontroverserna kring det vetenskapliga underlaget för KAM-metoder handlar om hur man bedömer den vetenskapliga tyngden av olika typer av studieupplägg. Därför redogör vi här kort för de olika studietyper som brukar användas i klinisk forskning och i utvärderingen av KAM-metoder.

Studier genomförda inom hälso- och sjukvården kan indelas på en rad olika sätt. Vi har valt att här redovisa tre av indelningsvarianterna, alla delvis överlappande, med särskild relevans när KAM-metoder utvärderas.

[2] Det finns dock vissa KAM-metoder som studerats i ett stort antal kliniska prövningar. Så t.ex. fann det australienska National Health and Medical Research Council i en genomgång (2015) 176 kliniska studier där homeopati utvärderats vid 61 olika tillstånd (8). De systematiska litteraturöversikter som gjorts av effekterna av akupunktur inom ramen för det internationella samarbetet Cochrane innefattar ett mycket stort antal studier vid smärta men också vid ett 50-tal andra tillstånd (9).

- *Indelningsgrund 1: Deskriptiva (beskrivande), analytiska och interventionsstudier.* Exempel på deskriptiva studier är beskrivningar av hur patienter upplever sin sjukdom eller sin behandling. Analytiska studier söker samband och förklaringar, t.ex. varför vissa biverkningar uppträder. I interventionsstudier går man aktivt in och försöker påverka ett förlopp, t.ex. genom att studera effekter på insjuknande, symtom, och överlevnad.
- *Indelningsgrund 2: Observations- och interventionsstudier*. Vid observationsstudier påverkar man inte aktivt förloppet. Däremot kan man studera de personer som själva valt en viss livsstil eller vissa terapier. Här är det enklaste studieupplägget fallbeskrivningen (som delvis överlappar med en deskriptiv studie), där sjukdomsförloppet hos en enstaka eller några få patienter beskrivs. Denna studietyp dominerade länge den kliniska forskningen.

  Den typ av observationsstudie som anses ha störst vetenskaplig tyngd är den prospektiva kohortstudien där större grupper av personer med olika exponering (för t.ex. en terapi, en viss kost eller tobak) följs under längre tid och jämförs med grupper med annan exponering. Man strävar efter att med statistiska metoder korrigera för skillnader mellan grupperna som finns vid studiens början. Dock kvarstår i alla typer av observationsstudier risken att samverkande faktorer som inte mäts kan påverka resultaten.

  I interventionsstudier försöker man påverka risken för en sjukdom, upplevelsen av den, eller förloppet. Den enklaste varianten är att jämföra läget före och efter det att interventionen satts in. Den mest avancerade är randomiserad klinisk prövning (randomized clinical trial; RCT).
- *Indelningsgrund 3: Pragmatiska respektive förklarande kliniska prövningar*. Eftersom denna uppdelning varit särskilt i fokus i debatten om KAM-metoder, beskrivs den närmare i följande avsnitt.

Pragmatiska eller förklarande studier?

Redan på 1960-talet lanserades begreppen *pragmatiska* respektive *förklarande* (*explanatoriska*) kliniska prövningar (10). En pragmatisk studie ställer den enkla frågan: Är resultatet gynnsamt om metoden

införs, oavsett vilka mekanismerna är? Vid en förklarande studie försöker man klarlägga inte bara om en viss metod fungerar som avsett, utan man tar också hänsyn till faktorer som kan påverka utfallet.

Diskussioner förs i den vetenskapliga litteraturen om för- och nackdelar med pragmatiska respektive förklarande kliniska prövningar. Tabell 14.1 redovisar viktiga skillnader mellan de båda typerna.

Tabell 14.1 Pragmatiska respektive förklarande kliniska prövningar

Huvudtyp av studie	Exempel på studiedesign	Vilken effekt mäts?	Exempel på fördelar	Exempel på nackdelar
Pragmatisk	Oftast observationsstudie (t.ex. fallbeskrivning, tvärsnittsjämförelse, fallkontrollstudie, kohortstudie). Kan även vara RCT med jämförelse med konventionell (eller ingen) terapi.	Effectiveness, dvs. gynnsamma effekter och biverkningar i daglig praxis.	Terapin utvärderas i sitt sammanhang som inbegriper terapeutens insatser och behandlingsmiljön. Ibland god tillämpbarhet på patienter i vanlig hälso- och sjukvård (hög extern validitet[1]).	Den interna validiteten[1] kan vara låg. Det kan finnas osäkerhet i vad mån resultaten kan hänföras till metoden eller till andra faktorer, t.ex. placeboeffekter. Ibland osäker tillämpbarhet för patienter i allmänhet (låg extern validitet[1], särskilt fallstudier).
Förklarande (explanatorisk)	Randomiserad klinisk prövning (RCT) med placebogrupp eller annan kontrollgrupp.	Efficacy, dvs. specifika effekter och biverkningar under vetenskapligt optimala betingelser.	Ofta hög intern validitet[2], dvs. man kan lita på resultaten. Resultaten specifika för den metod man undersöker.	Ibland osäker tillämpbarhet på patienter i vanlig hälso- och sjukvård (låg extern validitet[1]).

[1] Extern validitet handlar om i vilken utsträckning resultaten kan generaliseras; vid kliniska studier innebär hög extern validitet att resultaten är tillämpbara på patienter i klinisk praxis.

[2] Intern validitet handlar om i vilken utsträckning man kan lita på studiens resultat; vid hög intern validitet har risken för systematiska fel (bias) minimerats.

En vanlig pragmatisk studietyp är att ”vanlig vård” plus tillägg av en specifik behandling jämförs med enbart ”vanlig vård”. I samband med att man ger den specifika behandlingen ägnas mer tid och uppmärksamhet åt de personer som får tilläggsbehandlingen. Vad som är specifika effekter av behandlingen blir därför svårt att urskilja från ospecifika effekter. Ett annat exempel är när man studerar hela åtgärdsprogram eller organisationer (t.ex. olika typer av sjukhus) utan att ta ställning till vad det är i åtgärden eller organisationen som leder till en eventuell effekt.

I en pragmatisk studie fäster man mindre vikt vid att förstå varför en metod fungerar. Det avgörande är patientens upplevelser, menar

man – förbättrad eller inte? De som förespråkar förklarande RCT (inklusive vissa KAM-forskare) brukar påpeka att de flesta av dagens RCT faktiskt har med patientupplevelser (funktion, livskvalitet, symtom m.m.) som utfall. De som förespråkar förklarande RCT betonar samtidigt den interna validiteten, att man måste kunna lita på att resultaten inte orsakas av systematiska fel (bias) i studierna. De lägger också stor vikt vid att avgöra om eventuella effekter är specifika för metoden eller kan förklaras av andra faktorer.

14.5 Evidensbaserad medicin

Vad är evidensbaserad medicin?

Under det senaste kvartsseklet har strävan i hälso- och sjukvården varit att den alltmer ska vara evidensbaserad – man talar om evidensbaserad medicin (EBM), evidensbaserad omvårdnad, evidensbaserad hälso- och sjukvårdspolicy, etc. I dag finns utbrett stöd för EBM bland hälso- och sjukvårdspersonal och bland beslutsfattare i hälso- och sjukvården. Patientorganisationer framträder ofta som förespråkare för EBM. Stödet är dock inte reservationslöst (se kritik mot EBM nedan).

En ursprunglig och ofta använd definition av evidensbaserad medicin är:

> Evidensbaserad medicin är den samvetsgranna, tydliga och omdömesgilla användningen av bästa tillgängliga bevis för att fatta beslut om vård av individuella patienter (11).

Denna definition har av samma författare senare modifierats något:

> Evidensbaserad medicin (EBM) kräver att bästa tillgängliga forskningsevidens integreras med klinisk expertkunskap och våra patienters unika värderingar och omständigheter (12).

Definitionen handlar således inte bara om det vetenskapliga underlaget. I sin ursprungliga betydelse innefattar EBM också andra komponenter i god vård, som vårdpersonalens skicklighet, erfarenheter och omdöme eller patientens och närståendes erfarenheter och preferenser. I denna tolkning är EBM egentligen inte något nytt utan ligger nära det svenska begreppet *vetenskap och beprövad erfarenhet* (13). För att betona dels vad den ursprungliga definitionen handlar om,

nämligen underlag för beslut om enskilda patienter, dels anknytningen till personcentrerad vård, har begreppet *evidence-informed individual care* lanserats (14).

EBM lyfter särskilt fram hälso- och sjukvårdens kunskapsbas. EBM-förespråkarna anser att denna så långt det är möjligt ska baseras på resultaten från vetenskapliga studier av god kvalitet.

I EBM-konceptet ingår bl.a. att man fäster olika tyngd vid olika typer av ”tillgängliga bevis”. Om det finns vetenskapliga studier brukar de kvalitetsgranskas och sammanställas i systematiska kunskapsöversikter, där alla studier av tillräcklig kvalitet täcks in. Deras sammantagna evidensstyrka graderas.

När man väger samman olika typer av evidens är det vanligt att använda det internationella GRADE-systemet (15). Detta system används bl.a. av WHO (16), SBU (5) och Socialstyrelsen. Systemet innebär att tillförlitligheten till de sammanvägda resultaten från de vetenskapliga studierna graderas från mycket låg, över låg och måttlig till hög. Värderingen av tillförlitlighet enligt GRADE görs på ett strukturerat sätt och den sakliga grunden för värderingen redovisas tydligt så att det är möjligt för andra att granska och göra sin egen bedömning.

Värderingen av tillförlitligheten av de sammanvägda resultaten baseras i huvudsak på en bedömning av fem faktorer: 1) den övergripande risken för systematiska fel i de ingående studierna, 2) om studierna motsäger varandra, 3) i vilken grad de studerade förhållandena skiljer sig från den aktuella frågan, 4) om det finns brister i precision (t.ex. om det totala antalet studiedeltagare eller händelser är för få) samt 5) hur stor risken är för snedvriden publicering.

För behandlingseffekter utgår GRADE-systemet från att randomiserade studier (där slumpen avgör vilken behandling man får) har mindre risk för systematisk snedvridning (bias) jämfört med observationsstudier, där man inte kan kontrollera för okända störfaktorer. Det finns dock faktorer som kan öka tillförlitligheten i resultat från observationsstudier: när effekterna är stora, när det finns ett tydligt dos-effektsamband samt om störfaktorer som inte är kontrollerade för förväntas verka i motsatt riktning.

Sammanställningarna av forskningsresultat respektive beprövad erfarenhet ligger till grund för kliniska riktlinjer, ibland också för frågan om en viss behandling ska finansieras av skattemedel, för-

säkringar eller ur patientens/användarens egen ficka. När beslutsfattare i hälso- och sjukvården tar ställning till om en metod ska införas eller inte, är det vetenskapliga underlaget och beprövad erfarenhet viktiga komponenter, men inte de enda. Andra faktorer som vägs in är tillståndets svårighetsgrad, etisk acceptans, rättvisefrågor, hälsoekonomiska aspekter, praktisk tillämpbarhet, legala förutsättningar, etc. (se kapitel 16).

Kritik mot EBM

När den vetenskapliga litteraturen bedöms enligt EBM-kriterierna är det vanligt att evidensstyrkan för olika KAM-metoder bedöms som otillräcklig. Vanliga orsaker är

- de studier som genomförts är för små för att tillåta säkra slutsatser
- det saknas jämförelsegrupp eller så är inte behandlings- och kontrollgrupperna jämförbara när studien inleds
- studierna har andra kvalitetsbrister
- resultaten från olika studier är alltför heterogena för att kunna dra säkra slutsatser.

Det är inte överraskande att många KAM-förespråkare (i likhet med en del av medarbetarna i hälso- och sjukvården) är starkt kritiska till hälso- och sjukvårdens fokus på vetenskaplig evidens enligt EBM-modellen. Även förespråkare för EBM brukar diskutera EBM:s begränsningar (t.ex. [17]), då med utgångspunkten att den kritiska analysen är något av vetenskapens kärna; accepterar man detta måste också EBM kunna utsättas för kritisk granskning. Några av de huvudspår som kritiken följer är (18):

- EBM lägger obefogat stor tyngd vid studier som genomförs under strikta, närmast ideala, förhållanden, vilka inte avspeglar vad som händer när behandlingen används i den kliniska vardagen (avvägningen mellan så kallad intern och extern validitet diskuteras nedan).

- Fallbeskrivningar, observationsstudier (där man beskriver personer utan att slumpvis fördela dem till olika behandlingar) och kvalitativa studier får inte tillräcklig tyngd när det vetenskapliga underlaget vägs samman (19). EBM tillämpar en alltför hierarkisk modell för värdering av bevisstyrka, menar dess kritiker.
- Den evidens som EBM representerar baseras på grupper av patienter och på statistiska mått. Den kan inte appliceras på enskilda patienters specifika behov (här kan det dock vara på plats att påminna om definitionen av EBM som inbegriper just det individuella perspektivet, se ovan).
- Från KAM-förespråkare framhålls ofta att EBM driver fram en fragmenterad syn på personer med ohälsa. EBM-ansatsen är inte förenlig med en holistisk människosyn och den är därför inte lämpad för utvärdering av holistiska terapeutiska system och behandlingsmetoder, menar man (20).
- En vanlig invändning från t.ex. läkare och psykoterapeuter mot den evidensbaserade medicinen har varit att den utgör ett hot mot vårdprofessionernas och patienternas självbestämmande och att den därför inte skulle vara förenlig med god läkekonst. De har ansett att EBM riskerar att bli ett verktyg för politisk-administrativ kontroll och styrning av vården (21).
- En mer övergripande kritik mot EBM gäller att den baseras på en överdriven tilltro till empirisk kunskap. Kritiker säger att EBM missar viktiga delar av vetenskapsfilosofin, bl.a. därför att den nedgraderar all kunskap som samlats om sjukdomsmekanismer (18).

14.6 Utmönstring av metoder

Filosofer brukar framhålla att vi alla måste vara medvetna om våra tankars felbarhet och därför ständigt vara beredda att ompröva tidigare kunskap (22). I hälso- och sjukvården strävar man efter att avveckla metoder som, när ny vetenskaplig evidens kommer, visar sig vara overksamma eller ha sämre effekter, ha fler biverkningar eller inte vara kostnadseffektiva i förhållande till nya metoder (”ordnad utmönstring”). SBU har en särskild rapportserie, SBU Prioriteringsstöd, om metoder lämpliga för utmönstring ur hälso- och sjukvården.

Vissa KAM-kritiker ifrågasätter om motsvarande utmönstring sker inom KAM-området. De efterlyser exempel på utmönstring av metoder eller terapisystem som skett när ny vetenskaplig kunskap tillkommit (7, 23, 24).

14.7 Rimliga förklaringar?

I diskussionerna kring olika KAM-metoder är begreppet *rimlighet* (*plausibilitet*) centralt. Med denna beteckning avser man att det måste finnas en rimlig/trovärdig förklaring till att metoden fungerar. Då avses vanligen förklaringar som har sin grund i allmänt accepterad biofysik, biokemi, fysiologi eller psykologiska skeenden.

I utredningens diskussioner med KAM-kritiker har de givit några särskilt tydliga exempel på vad de anser vara metoder utan rimlig förklaring. Det har rört sig om homeopati, healing på distans, reiki, reinkarnationsterapi, irisdiagnostik och många av de terapier som syftar till att påverka kroppens energiflöden. Kritiker brukar också avfärda de grundläggande förklaringsmodeller som ligger bakom exempelvis kiropraktik och antroposofi eller bygger på teorier om individers samspel med universum (7, 23).

När man bedömer rimligheten måste man fråga: i förhållande till vad? I läroböcker (t.ex. [6]) och vetenskapliga artiklar (t.ex. [25]) inom KAM-området förekommer det att man hänvisar till faktorer som kvantfysik, kaosteori, relativitetsteori och fraktaler, etc. KAM-kritiker menar att man i så fall på ett rimligt och begripligt sätt måste kunna beskriva hur sådana faktorer länkar till KAM-metoders eventuella effekter. I våra dialoger med KAM-förespråkare har vi ofta mött uppfattningen att kraven på rimlighet är uttryck för en föråldrad och inskränkt syn på hälsa och vetenskap. Här måste dock utredningen göra en reservation att vi inte kunnat klargöra i vad mån detta synsätt är representativt för KAM-förespråkare och KAM-utövare i allmänhet.

Samtidigt ska det sägas att man även inom EBM tonar ner betydelsen av trovärdiga mekanismer om hur en viss terapi fungerar. Man fäster mindre avseende vid effekter på laboratorievärden (som ofta kallas intermediär- eller surrogatmått) än på effekterna på sådana utfall som är viktiga för patienten – överlevnad, återinsjuknande, symtom, funktion och livskvalitet. Denna syn på vilka utfall som är

viktiga i kliniska prövningar har EBM-förespråkare gemensam med de flesta KAM-förespråkare. En viktig skillnad kvarstår dock när det gäller synen på rimlighet. Även om det inte är kartlagt exakt hur en terapi fungerar, så kan inte de underliggande teorierna för en terapi eller ett terapeutiskt system stå i strid med vetenskapen, enligt KAM-kritiker. Svenska filosofer har föreslagit att ett rimlighetskriterium bör innefattas i begreppet *vetenskap och beprövad erfarenhet* (2).

Mot detta har invänts att det finns terapier som har sitt ursprung i ett tänkande främmande för västerländsk vetenskap som visat sig vara mycket effektiva i vetenskapliga studier. Ett av de främsta exemplen är läkemedlet artemisinin mot malaria, vilket har sitt ursprung i traditionell kinesisk medicin och vars verkningsmekanismer fortfarande är ofullständigt kända (26). Det finns dock omfattande preklinisk och klinisk forskning och utvecklingen av läkemedlet är Nobelprisbelönad (26).

14.8 Olika modeller för metodutvärdering

I kapitel 9 redogör vi för hur KAM-förespråkare lyfter fram värdet av medicinsk pluralism, då i betydelsen att samhället bör erbjuda ett stort spann av medicinska åtgärder inom såväl etablerad hälso- och sjukvård som integrativ, komplementär och alternativ vård.

Begreppet pluralism har också kommit att användas för den vetenskapliga ansatsen (27, 28). Begreppet förefaller då ha flera innebörder. Det kan avse att man angriper en vetenskaplig fråga utifrån såväl naturvetenskapliga som sammahällsvetenskapliga och humanistiska perspektiv. I ett snävare perspektiv menar man att olika forskningsmetoder kan användas parallellt, t.ex. såväl randomiserade prövningar, observationsstudier som kvalitativa metoder för att ta sig an en vetenskaplig frågeställning. Begreppet *vetenskaplig pluralism* har också använts för att beteckna stor öppenhet för olika förklaringsmodeller för ett fenomen, där mindre vikt fästs vid rimligheten. I Tyskland har begreppet länge använts i diskussionen om KAM. Svenska KAM-företrädare hänvisar t.ex. till ett uttalande från utskottet för ungdomar, familj och hälsa i den tyska Bundestag 1976, där man tog avstånd från ”vetenskaplig monopolisering” i läkemedelsfrågor. Utskottet uttalade att vetenskapspluralism borde råda när myndigheter godkänner läkemedel (29).

I detta avsnitt fokuserar vi på hur olika forskningsansatser och studietyper kan användas för att besvara en vetenskaplig frågeställning.

Frågeställningens betydelse för val av utvärderingsmetod

KAM-förespråkare lyfter fram betydelsen av att studieupplägget anpassas till studiens frågeställning. Denna syn delas av de flesta företrädare för hälso- och sjukvården. Gäller det exempelvis effekter av olika levnadsvanor så kan långtidseffekterna vara så centrala att man hellre förlitar sig på observationsstudier med lång uppföljningstid än på kortvariga RCT. Långtids-RCT, som skulle vara det mest tillförlitliga underlaget, är mycket svåra att genomföra, bl.a. för att slumpvis valda personer har svårt att under lång tid hålla sig till exempelvis en särskild kost eller ett program för fysisk aktivitet. I SBU:s kunskapssammanställningar av mat vid diabetes respektive fetma ansågs exempelvis väl genomförda studier av befolkningar följda över lång tid ge mer tillförlitliga svar på frågan än kortvariga RCT (30, 31).

Ovanstående exempel illustrerar hur man beroende på frågan gör överväganingar mellan risken för systematiska fel, som i regel är mindre i RCT (med hög intern validitet), och relevansen för den fråga man ställt, som i vissa fall är högre i observationsstudier (med hög extern validitet).

Att de forskningsmetoder som används anpassas till studiens frågeställningar innebär givetvis inte att metoderna alltid har samma vetenskapliga tyngd när resultaten vägs samman för att avgöra om en metod har vetenskapligt stöd eller inte.

Andra modeller för utvärdering föreslagna av KAM-förespråkare

Olika utvärderingsmodeller har föreslagits av KAM-förespråkare, åtminstone delvis för att vissa utvärderingsmetoder som används i hälso- och sjukvården, framför allt då RCT, är synnerligen resurskrävande. Det har också hävdats att en helt ny medicinsk metod med helt okända risker kan kräva en mycket strikt utredning av nytta-riskbalans, medan en sedan länge existerande KAM-metod kan utvärderas med andra metoder än RCT.

Professor Vinjar Fönnebö vid det norska nationella centret för komplementär och alternativ medicin, NAFKAM, har lanserat en modell som utgår från observationer i klinisk praxis som sammanställs i observationsstudier för att sedan fördjupas i pragmatiska effektstudier (32). Visar dessa effekt kan man gå vidare med att försöka isolera vilka enskilda komponenter i terapikonceptet som bidrar till effekten. Frågan är hur pass ny Fönnebös modell är. Mycket av gårdagens och dagens kliniska behandlingsforskning, t.ex. inom omvårdnad, rehabilitering, kirurgi, psykiatri och andra discipliner, har sitt ursprung i kliniska observationer och har utvecklats på ungefär det sätt som Fönnebö beskriver.

En grupp europeiska forskare, bland dem svensken Torkel Falkenberg, har lanserat vad de kallar en cirkulär modell för utvärdering av komplexa metoder inom t.ex. fysioterapi, kirurgi och KAM (19). De säger att EBM:s hierarki av evidens, där RCT har störst tyngd, handlar enbart om inomvetenskaplig kvalitet (intern validitet), inte om hur metoden fungerar i den praktiska vården (relevans; extern validitet). Enligt den cirkulära modellen bör man väga samman en rad olika studieupplägg och forskningsmetoder, var och en med sina styrkor och svagheter och på så sätt nå fram till ”pragmatisk evidens” (utan hierarki i evidensstyrka mellan metoderna).

Fallbeskrivningar

I utredningens dialoger med KAM-förespråkare har vi mött uppfattningen att fallbeskrivningar är av särskilt stort värde och borde tillmätas större vetenskaplig tyngd – det är ändå hur det går för den enskilda patienten som räknas, inte hur det går för grupper av patienter (som i EBM), menar man.

En möjlighet skulle därför vara, menar vissa KAM-förespråkare, att återupprätta *fallbeskrivningar* som vetenskapligt underlag. Fallbeskrivningar dominerade länge den medicinska facklitteraturen, men deras vetenskapliga värde kom att ifrågasättas, när man började uppmärksamma den roll som ospecifika effekter, spontana förbättringar och snedvriden rapportering av patienter med särskilt gynnsamt förlopp kan spela. Ofta har man då talat om anekdotisk evidens och inte tillmätt den så stor vetenskaplig tyngd.

På senare år har man försökt strukturera studier av enskilda personer med ohälsa, en slags återupprättelse eller uppdatering av fallbeskrivningarna. I den vetenskapliga litteraturen kallas dessa studier ofta single-case, single-subject eller n=1-studier. Internationella samarbetsgrupper har lanserat checklistor i syfte att stärka fallbeskrivningarnas kvalitet (33, 34).

Kvalitativ forskningsmetodik och patient-based evidence

Kvalitativa forskningsmetoder är ytterligare en möjlighet att berika kunskapen om olika terapier. Dessa metoder syftar till att beskriva upplevelser och erfarenheter eller skapa en djupare förståelse för attityder och idéer hos olika aktörer. I kvalitativa studier inom KAM-området rör det sig oftast om patienters uppfattningar om sin ohälsa och/eller om hur de upplevt terapeutiska insatser. I regel intervjuas ett mindre antal personer, följt av en detaljerad innehållsanalys.

Kvalitativ forskning skiljer sig från kvantitativ forskning genom att man inte använder statistiska och matematiska metoder. Kvantitativa metoder kan användas för att generalisera och verifiera hypoteser som genereras utifrån kvalitativa fallstudier. På motsvarande sätt kan kvalitativa metoder öka förståelsen för orsakssamband som observerats i kvantitativa studier.

Resultat från kvalitativ forskning har under senare år blivit en del av EBM där det bl.a. används för att avgöra vilka utfallsmått som är viktigast för patienterna och som en del av riktlinjeprocesser för att t.ex. undersöka hur accepterbar en intervention är (35). Tillförlitligheten av resultat från sammanställd kvalitativ forskning bedöms med en anpassad variant av GRADE (GRADE-CERQual, [36]).

När en vetenskaplig frågeställning belyses med såväl kvalitativ som kvantitativ metodik talar man om ”mixed methods” (37, 38). Sådana ansatser har blivit vanligare under senare år, inte minst inom KAM-området. De fördelar som brukar framhållas handlar bl.a. om att resultaten blir mer valida om forskning med olika metoder ger samstämmiga resultat (triangulering) och att förståelsen av ett fenomen ökar om man studerar det ur olika infallsvinklar. Det saknas ännu en enhetlig definition av begreppet ”mixed methods” (37) och ”mixed methods”-forskningen lider fortfarande ofta brist på struktur (39).

Begreppet patient-based evidence har lanserats som samlingsnamn för utvärdering av åtgärder i hälso- och sjukvården som utgår från forskning om patientupplevelser av sin sjukdom och av vården och som ofta kompletterar utvärdering av medicinska metoder (40). Uppgifterna kan inhämtas med såväl kvalitativa som kvantitativa metoder som enkäter. Patient-based evidence har kommit att inkluderas i allt större utsträckning i SBU:s utvärderingar.

Referenser

1. Alternativmedicinkommittén. Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén. SOU 1989:60.
2. Persson J., Anttila S., Sahlin N-E. Hur förstå ”och” och ”i” vetenskap och beprövad erfarenhet? Filosofisk tidskrift. 2018;39:44–54.
3. Persson J., Wahlberg L. Vår erfarenhet av beprövad erfarenhet. Några begreppsprofiler och ett verktyg för precisering. Läkartidningen. 2015;112:DR6A.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Metodbeskrivning. www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2017-12-4-metodbeskrivning.pdf (hämtad 2019-03-11).
5. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok. www.sbu.se contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf. 2017 (hämtad 2019-03-11).
6. Micozzi M. Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine, 6th ed. St. Louis, USA: Elsevier; 2019.
7. Ernst E., Smith K. More harm than good? The moral maze of complementary and alternative medicine. Cham: Springer International Publishing AG; 2018.
8. National Health and Medical Research Council. Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions. www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cam02a_information_paper.pdf. 2015. (hämtad 2019-03-11).

9. Cochrane. Acupuncture. www.cochrane.org/search/site/acupuncture (hämtad 2019-03-11).

10. Schwartz D., Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. J Clin Epidemiol. 2009;62(5):499–505.

11. Sackett DL., Rosenberg WM., Gray JA., Haynes RB., Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71–2.

12. Sackett DL., Straus SE., Richardson WS., Rosenberg W., B.R. H. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.

13. Persson J., Vareman N., Wallin A., Wahlberg L., Sahlin N-E. Science and proven experience: a Swedish variety of evidence-based medicine and a way to better risk analysis? J Risk Res. 2017;DOI: 10.1080/136698771.

14. Miles A, Loughlin M. Models in the balance: evidence-based medicine versus evidence-informed individualized care. J Eval Clin Pract. 2011;17(4):531–6.

15. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401–6. Epub 2011/01/07.

16. World Health Organization. Handbook for guideline development. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75146/9789241548441_eng.pdf;jsessionid=B23A87C557624E346A4B5524212BB8F1?sequence=1. (hämtad 2019-03-11).

17. Asplund K. Den evidensbaserade medicinen är nödvändig men inte tillräcklig. Läkartidningen 2001;98:3 898–901.

18. Cohen AM., Hersh WR. Criticisms of evidence-based medicine. Evid Based Cardiovasc Med. 2004;8(3):197–8.

19. Walach H., Falkenberg T., Fønnebø V., Lewith G., Jonas WB. Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. BMC Med Res Methodol. 2006;6:29.

20. Jagtenberg T., Evans S., Grant A., Howden I., Lewis M., Singer J. Evidence-based medicine and naturopathy. J Altern Complement Med. 2006;12(3):323–8.

21. Thörn Å. Klinik och vetenskap: att balansera osäkerhet. Läkartidningen. 2011;108:1 058–60.

22. Persson J., Sahlin N-E. Vetenskapsteori för sanningssökare. Stockholm: Fri Tanke; 2013.

23. Bausell RB. Snake Oil Medicine. The Truth About Complementary and Alternative Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2007.

24. Singh S., Ernst E. Salvekvack och kvacksalveri. Alternativmedicinen under luppen. Stockholm: Leopard förlag; 2009.

25. Leder D. ”Spooky actions at a distance”: physics, psi, and distant healing. J Altern Complement Med. 2005;11(5):923–30.

26. Youyou T. Artemisinin – a gift from traditional Chinese medicine to the world. Nobelföreläsning. www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2015/tu-lecture.pdf. 2015.

27. Kaptchuk TJ., Miller FG. Viewpoint: what is the best and most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine: opposition, integration, or pluralism? Acad Med. 2005;80(3):286–90.

28. Kellert SH., Longino HE., Waters CK., editors. Scientific Pluralism2006.

29. Deutscher Bundestag. Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit (13. Ausschuß), Sachgebiet 2121. Drucksache 7/5091 28.04.76.

30. SBU. Mat vid diabetes. En systematisk litteraturöversikt. www.sbu.se/contentassets/923855c431bc4f668746920cfb49d590/mat_vid_diabetes_fulltext.pdf. 2010.

31. SBU. Mat vid fetma. En systematisk litteraturöversikt. www.sbu.se/contentassets/d817cdf17237414ebcf943182f2d1e4a/mat_vid_fetma_218-2013.pdf. 2013. (hämtad 2019-03-11).

32. Fønnebø V., Grimsgaard S., Walach H., Ritenbaugh C., Norheim AJ., MacPherson H., et al. Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. BMC Med Res Methodol. 2007;7:7.

33. Tate RL., Perdices M., Rosenkoetter U., Shadish W., Vohra S., Barlow DH., et al. The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. J Clin Epidemiol. 2016;73:142–52.

34. Gagnier JJ., Kienle G., Altman DG., Moher D., Sox H., Riley D., et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. Glob Adv Health Med. 2013;2(5):38–43.

35. Langlois EV., Tuncalp O., Norris SL., Askew I., Ghaffar A. Qualitative evidence to improve guidelines and health decision-making. Bull World Health Organ. 2018;96(2):79-A.

36. Lewin S., Glenton C., Munthe-Kaas H., Carlsen B., Colvin CJ., Gülmezoglu M., et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: An approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). PLoS Med. 2015;12:e1001895.

37. Guest G. Describing mixed methods research.: an alternative to typologies. J Mixed Methods Res. 2012;7:141–51.

38. Tariq S., Woodman J. Using mixed methods in health research. JRSM Short Rep. 2013;4(6):2042533313479197.

39. Bressan V., Bagnasco A., Aleo G., Timmins F., Barisone M., Bianchi M., et al. Mixed-methods research in nursing – a critical review. J Clin Nurs. 2017;26(19-20):2878–90.

40. Staniszewska S., Werkö S. Patient-Based Evidence in HTA. In: Facey K.M. PHH, Single A., editor. Patient Involvement in Health Technology Assessment 1st ed Singapore: Springer Nature; 2017. p. 43–50.

15 Ospecifika effekter

- När en terapi utvärderas uppstår nästan alltid frågor kring ospecifika effekter. Detta gäller såväl de terapier som används i hälso- och sjukvården som de som används inom KAM.
- I vetenskapliga studier kan ospecifika effekter vara en störfaktor som gör det svårt att urskilja specifika effekter av en behandling (placeboeffekter i snäv mening).
- Det finns samtidigt rimlig samsyn om att ospecifika effekter (placeboeffekter i bred mening) kan hänga samman med vårdsökandens och terapeutens förväntningar, terapeutens engagemang, empati och förmåga att främja tillfrisknande, inlärnings- och betingningsmekanismer, behandlingens anseende/rykte och det sammanhang i vilken den ges. Detta har integrativ, komplementär och alternativ vård gemensamt med hälso- och sjukvård.
- De ospecifika effekternas storlek varierar kraftigt. De har visats vara beroende av bl.a. vilket tillstånd som behandlas, typ av terapi och egenskaper hos terapeuten och den vårdsökande samt kontexten.
- Effekterna av en specifik terapi kan stärkas om man samtidigt utnyttjar ospecifika effekter. Förtroende- och förväntansskapande åtgärder är förenliga med den evidensbaserade medicinens grundprinciper. Att använda placebobehandling under förespegling att den har specifika effekter kan däremot komma i konflikt med patientens rätt att fatta egna välinformerade beslut.

15.1 Inledning

När en terapi utvärderas uppstår nästan alltid frågor kring ospecifika effekter. Detta gäller såväl de terapier som används inom KAM som de som används i hälso- och sjukvården.

Eftersom så mycket av diskussionerna kring effekter av KAM handlar om möjliga ospecifika effekter, ägnar vi här ett särskilt avsnitt åt vad man vet om dessa. Denna korta översikt gör inga anspråk på att vara heltäckande. Mycket av forskningen kring ospecifika effekter, inklusive placeboeffekter i snäv mening, har genomförts inom hälso- och sjukvården men är av relevans även för integrativ, komplementär och alternativ vård. Det finns omfattande facklitteratur i ämnet (t.ex. [1–3]).

I dagligt tal framställs placebo ofta som verkningslöst och placeboeffekter som falska. Men vetenskapliga studier har visat att ospecifika effekter (placeboeffekter i bred mening) är reella och att de under vissa omständigheter kan vara kraftfulla. Detta gör att randomiserade placebokontrollerade studier har blivit norm när nya metoder utvecklas inom hälso- och sjukvården.

Mycket av vad som anses vara ”läkekonst” handlar om ett gott förhållandet mellan terapeut och patient, om att stärka de självläkande processerna och att anpassa behandlingen till individen. Sådana insatser kan förbättra utfallet av en behandling utan att vara direkt knutet till effekterna av en specifik terapi.

15.2 Definitioner

Ordet *placebo* kommer från latinets ”jag vill behaga”. Ordet *nocebo* har bildats senare för att beteckna motsatsen till placebo, dvs. ospecifikt ogynnsam behandling.

Facklitteraturen kring placebo och ospecifika effekter är spretig. Mycket av detta beror på att man använt olika definitioner av begreppet. Den definition av placebo som internationellt förefaller mest accepterad introducerades i början av 1980-talet (4, 5):

> En substans eller procedur som objektivt är utan specifik effekt på det tillstånd som behandlas.

Definitionen kan kritiseras för att den i sin tur kräver definition av både ”objektivt” och ”specifik”.

De effekter som placebo kan ha brukar benämnas placeboeffekter eller placebofenomen. Det amerikanska National Center for Complementary and Integrative Health’s (NCCIH) beskrivning av placeboeffekten lyder (6)[1]:

> Ett gynnsamt hälsoutfall som härrör från en persons förväntningar att en åtgärd – till exempel läkemedel, procedur eller injektion – ska hjälpa dem. En klinikers sätt [style] i samspelet med patienter kan också åstadkomma ett gynnsamt svar som är oberoende av en specifik behandling.

NCCIH’s definition av placebo är således vidare än tidigare definitioner.

I detta kapitel använder vi benämningen placebo huvudsakligen i snäv mening, detta i enlighet med den ursprungliga definitionen. För placeboeffekter i bred mening, som innefattar bl.a. förväntanseffekter, använder vi benämningen *ospecifika effekter*. När vi refererar till vetenskapliga publikationer används dock den benämning författarna själva valt.

15.3 Kort historik

Idéhistorikern Karin Johannisson har beskrivit hur merparten av de behandlingar som genom århundranden använts av läkare ur dagens perspektiv skulle kunna beskrivas som placebo. Placeboeffekterna stärktes av läkarens personliga insatser och de sammanhang i vilka vården bedrevs (7).

Vilka placeboeffekter läkaren utnyttjade kunde skifta. 1800-talets läkare betonade själva mötet med patienten: Läkarens skulle utstråla auktoritet och empati, deltagande se patienten i ögonen och hålla en ängslig hand i sin. Axel Munthe, legendarisk läkare verksam vid förra sekelskiftet, använde sig av tre ledord: tillgänglighet, lyssnande, beröring.

En särskild variant av medvetet stärkande av placeboeffekten är suggestionsterapi, som har månghundraåriga traditioner. Förutom i religiösa sammanhang har suggestion nyttjats i form av t.ex. magnetism (Messmerism under 1700-talet), hypnoterapi från 1800-talets slut

[1] Utredningens översättning från engelska.

och framåt samt inom psykologin och psykiatrin från början av 1900-talet (7).

Under 1900-talets andra hälft kom patientens ”inbillningskraft” – som läkare ännu vid förra sekelskiftet betraktat som en kraft att förstärka behandlingseffekter – att bli till en illusion att avslöja (7).

Placebobegreppet användes länge huvudsakligen om läkemedel, men mot 1900-talet slut kom intresset för placeboeffekter att vidgas till i stort sett alla insatser inom såväl hälso- och sjukvården som den komplementära och alternativa vården. Placeboeffekter i både snäv och bred mening blev föremål för vetenskapliga studier som bedrevs av allt ifrån antropologer och idéhistoriker till beteendevetare och hjärnforskare.

15.4 Olika perspektiv på ospecifika effekter

I vetenskapliga studier kan ospecifika effekter vara en störfaktor som gör det svårt att urskilja specifika effekter av en behandling. När man jämför en aktiv terapi med placebo är man ute efter att isolera den specifika effekten av den aktiva terapin. Ett exempel är kliniska prövningar där man jämför läkemedel med respektive utan verksam substans men där utseendet på tabletter eller kapslar är detsamma, detta för att kunna korrigera för förväntanseffekter.

Bland forskare och utövare inom området integrativ, komplementär och alternativ medicin finns olika syn på placebokontrollerade studier. Många KAM-forskare utvärderar metoder i placebokontrollerade prövningar. Men bland KAM-förespråkare är det samtidigt vanligt att man anser att den placebokontrollerade prövningen som forskningsmetod är anpassad till läkemedelsindustrins villkor (bl.a. då möjligheten att ta patent). Däremot är den långt ifrån alltid lämpad för utvärdering av hela det breda spektrum av KAM-terapier som finns, menar man. Denna inställning är vanlig i litteraturen (t.ex. [8, 9] liksom hos de KAM-utövare som vi i utredningen haft dialog med)

En annan infallsvinkel är att placeboeffekten i sig uppfattas vara en specifik och evolutionärt gynnsam mekanism (10). Enligt detta synsätt aktiverar placebo selektiva neuronala processer i specifika organ eller delar av kroppen (11). I vetenskapliga studier har det visats att placebobehandling påverkar nätverk av hjärnceller och

signalsubstanser i specifika hjärnavsnitt (3, 12–14). Nyare forskning har visat att denna påverkan troligen till en del är genetiskt betingad (15). Från studier av t.ex. läkemedel och akupunktur är det dessutom välkänt att man kan uppleva biverkningar under placebobehandling (=noceboeffekter).

Ett bredare anslag i forskningen handlar om de effekter som terapeuten i sig och den terapeutiska miljön kan ha. När detta bredare perspektiv på ospecifika effekter tillämpas, har man fokuserat på terapeutens engagemang, empati och förmåga att främja tillfrisknande, behandlingens anseende/rykte och det sammanhang i vilken den ges (16). Effektens storlek är dock omstridd – ofta är den uttalad (15), men den varierar kraftigt mellan studier och är i hög grad kontextberoende (17–19), bl.a. av kulturella faktorer (20). Intressant nog tycks placeboeffekterna ha blivit större i kliniska läkemedelsstudier under de senaste decennierna, t.ex. vid epilepsibehandling (21) och i amerikanska prövningar av smärtlindrande läkemedel (22).

15.5 Faktorer av betydelse för ospecifika effekter

Patientens personlighet. Ospecifika effekter är svåra att förutsäga hos en individ. En hel del forskning har därför ägnats åt att försöka identifiera sådana personligheter hos vilka placebo skulle ge särskilt uttalade effekter. Ofta har det varit svårt att identifiera sådana personligheter (16, 19), men det finns också resultat som tyder på att extroverta personer är särskilt mottagliga och att ospecifika effekter är mer uttalade hos kvinnor än hos män (23). Man tycks som individ ha varierande mottaglighet för ospecifika effekter beroende på i vilket sammanhang man befinner sig (19).

Terapeuten. Det är knappast överraskande att mycket av det som allmänt anses kännetecknа en god läkare, terapeut och vårdpersonal har visat sig bidra till de ospecifika effekterna (24). Dit hör terapeutens anseende och förmåga att skapa förtroende för sin person, hans eller hennes empati samt förmågan att skapa tilltro till terapin (19, 23).

Tillståndet. Även om det vetenskapliga stödet är begränsat, finns det en del som talar för att möjligheterna att framkalla en ospecifik effekt är större vid vissa typer av symtom och sjukdomar än vid andra. De ospecifika effekterna har rapporterats vara särskilt stora

vid smärta, psykisk ohälsa och tillstånd knutna till det autonoma nervsystemet, t.ex. illamående (25).

Typ av åtgärd. Kirurgiska åtgärder är kända för att ha särskilt stora ospecifika effekter (19). Dessutom tycks injektioner, akupunktur och användning av sofistikerad teknisk apparatur ge mer uttalade ospecifika effekter än tabletter (19). Hur ett läkemedel är utformat (t.ex. färg respektive tablett eller kapsel) spelar också roll (26).

Tidsfaktorn. Enligt våra intervjuer med KAM-utövare tar ett förstabesök hos en KAM-terapeut cirka en timme. Detta är åtskilligt längre än de allra flesta förstabesök i hälso- och sjukvården. Det har spekulerats i om tiden i sig kan stärka de ospecifika effekterna genom att bidra till att skapa tilltro till terapeuten och öka förväntningarna på behandlingens effekter (19).

Betalning. Amerikanska författare beskriver att det finns ett egenvärde i att patienten betalar för sin terapi och att detta har ospecifika gynnsamma effekter (27, 28).

15.6 Att utnyttja ospecifika effekter i praxis

Medan ospecifika effekter kan försvåra metodutvärderingar, är de ofta önskvärda i klinisk praxis. Det brukar påpekas att det är högst rimligt att hälso- och sjukvårdspersonal är medvetna om att de själva kan fungera som ”placebo”. De åtgärder de vidtar kan utlösa ospecifika gynnsamma eller ogynnsamma effekter (t.ex. [1]).

Det handlar om att utnyttja några av de faktorer som stärker de ospecifika effekterna, exempelvis att ge tid, visa empati, ha helhetssyn, skapa förtroende för terapeuten och behandlingen och arbeta i en fysisk miljö som skapar förtroende (24). Effekterna av specifik terapi kan stärkas om man samtidigt utnyttjar dessa ospecifika effekter. Med tanke på att det finns visst vetenskapligt stöd för detta (14, 19, 23) bör, som utredningen ser det, förtroende- och förväntansskapande åtgärder betraktas som en praktisk tillämpning av den evidensbaserad medicinens principer.

En avvägning som ofta är svår för terapeuten är att skapa förväntningar på behandlingens effekter som är rimliga. Å ena sidan kan förväntningar om bättring i sig ha gynnsamma effekter. Å andra sidan bör man undvika att skapa falska förhoppningar. Om patienten ska kunna fatta fullt informerade beslut, innebär det att också risk

för uteblivna effekter och biverkningar måste beskrivas, något som kan reducera förväntanseffekterna och därigenom dämpa gynnsamma ospecifika effekter.

Kan man i vården medvetet utnyttja placebo som imiterar aktiv behandling? Ett klassiskt exempel är injektioner av koksaltlösning i stället för av verksam substans vid smärta för att minska behovet av beroendeframkallande läkemedel. Eftersom placeboeffekterna ofta är kraftfulla har det föreslagits att man, i samförstånd med patienten, kan behandla vissa sjukdomar med enbart placebo (15).

Enkäter bland sjukvårdspersonal i ett tiotal länder har visat att majoriteten av såväl läkare som sjuksköterskor använt ”ren” placebobehandling (t.ex. koksaltinjektioner) någon gång under sitt arbetsliv. De allra flesta rapporterade dock att de sällan tillgrep placebo (29). I en mindre svensk enkätstudie genomförd i början av 1990-talet (30) angav så gott som alla tillfrågade läkare att de någon gång använt placebobehandling (med oklar definition i enkäten). Fem procent rapporterade att de använde placebo ofta eller ganska ofta, medan 68 procent använde det sällan eller mycket sällan. Utredningen har inte kunnat identifiera några motsvarande kartläggningar inom KAM-området.

15.7 Andra förklaringar till intrycket av en behandlingseffekt

Utöver de ospecifika effekterna finns det en rad faktorer som kan bidra till *intrycket* av en behandlingseffekt, men som tillhör en annan kategori av förklaringar till att en vårdsökande förbättras under terapi. Några av dem är:

- Det naturliga sjukdomsförloppet: (a) många förbättras spontant, (b) kronisk sjukdom har ofta fluktuerande förlopp, och (c) patienter söker ofta vård när symtomen är som värst; då är det rimligaste att de förbättrats vid en senare uppföljning (31, 32).
- Patienters vilja att vara till lags kan göra att de svarar särskilt välvilligt när de ombeds värdera effekten av en behandling (31).
- Fallrapporter där förloppet är särskilt gynnsamt sprids oftare än rapporter om avsaknad av effekt. Detta gäller såväl i vardagliga terapeutiska sammanhang som i den vetenskapliga litteraturen (19, 31).

- Annan behandling än den som man vill utvärdera kan ha tillkommit under observationstiden eller patienten kan ha förändrat sina levnadsvanor (19, 31). Detta kan försvåra dels när man vill bedöma specifika behandlingseffekter hos en enskild patient, dels i kliniska prövningar.

Referenser

1. Boström H., Dahlgren H., (red.). Placebo. Stockholm: Liber och Statens beredning för medcinsk utvärdering (SBU); 2000.
2. Benedetti F., Enck P., Risaldi E, Schedlowski Mr. Placebo. Berlin Heidelberg: Springer; 2014.
3. Ingvar M. Learning mechanisms in pain chronification – teachings from placebo research. Pain. 2015;156 Suppl 1:S18–23.
4. Moerman DE., Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. Ann Intern Med. 1982;36:471–76.
5. McDonald CJ., Mazzuca SA., McCabe GP., Jr. How much of the placebo 'effect' is really statistical regression? Stat Med. 1983;2(4):417–27.
6. National Center for Complementary and Integrative Health. Placebo Effect, https://nccih.nih.gov/health/placebo (hämtad 2019-01-23).
7. Johannisson K. Placeboeffekten – ett historiskt-kulturellt perspektiv In: Boström H., Dahlgren H., (red.). Placebo. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Liber AB; 2000.
8. Synovitz LB., Larson KL. Complementary and alternative medicine for health practioners. A holistic approach to consumer health. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2013.
9. Weatherley-Jones E., Thompson EA., Thomas KJ. The placebo-controlled trial as a test of complementary and alternative medicine: observations from research experience of individualised homeopathic treatment. Homeopathy. 2004;93(4):186–9.

10. Moerman DE., Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. Ann Intern Med. 2002;136 (6):471–6.

11. Petrovic P., Kalso E., Petersson KM., Ingvar M. Placebo and opioid analgesia – imaging a shared neuronal network. Science. 2002;295 (5560):1 737–40.

12. Oken BS. Placebo effects: clinical aspects and neurobiology. Brain. 2008;131(Pt 11):2 812–23.

13. Pecina M., Zubieta JK. Molecular mechanisms of placebo responses in humans. Mol Psychiatry. 2015;20(4):416–23.

14. Finniss DG., Kaptchuk TJ., Miller F., Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. Lancet. 2010;375(9715):686–95.

15. Hall KT, Loscalzo J, Kaptchuk T. Pharmacogenomics and the placebo response. ACS Chem Neurosci. 2018;9(4):633–5.

16. Turner JA., Deyo RA., Loeser JD., Von Korff M., Fordyce WE. The importance of placebo effects in pain treatment and research. JAMA. 1994;271(20):1 609–14.

17. Howick J., Friedemann C., Tsakok M., Watson R., Tsakok T., Thomas J., et al. Are treatments more effective than placebos? A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8 (5):e62599.

18. Hrobjartsson A., Gotzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2010(1):CD003974.

19. Ernst E. Towards a scientific understanding of placebo effects. In: Peters D., editor. Understanding the placebo effect in complementary medicine. Edinburgh: Harcourt Publishers; 2001.

20. Moerman DE. Cultural variations in the placebo effect: ulcers, anxiety, and blood pressure. Med Anthropol Q. 2000;14(1):51–72.

21. SBU. Diagnostik och behandling av epilepsi. Rapport 281/2018. www.sbu.se/contentassets/fbdd3dd5237148c988ce02cd2907306d/diagnos-och-behandling-av-epilepsi_281.pdf (hämtad 2019-01-23).

22. Tuttle AH., Tohyama S., Ramsay T., Kimmelman J., Schweinhardt P., Bennett GJ., et al. Increasing placebo responses over time in U.S. clinical trials of neuropathic pain. Pain. 2015;156(12):2 616–26.

23. Nilsson G. Placeboeffekten är värdefull. Plussa medicinsk behandlingseffekt med placeboeffekt! *Läkartidningen*. 2011;108:2 209–10.

24. Hägg E. Placebo inom medicinen. In: Boström H., Dahlgren H., (red.). Placebo. Stockholm: Liber och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2000.

25. Oh VM. The placebo effect: can we use it better? BMJ. 1994;309(6947):69–70.

26. De Craen AJM, Lampe-Schoenmaeckers AJEM, Kleijnen J. Non-specific factors in randomized clincal trials: some methodological considerations. In: Peters D, editor. Understanding the placebo effect in complementary medicine. Edinburg: Harcourt Publishers; 2001.

27. Micozzi M. Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine, 6th ed. St. Louis, USA: Elsevier; 2019.

28. Richardson J. Intersubjectivity and the therapeutic relationship. In: Peters D., editor. Understanding the placebo effect in complementary medicine Edinburgh: Harcourt Publichers; 2001.

29. Fassler M., Meissner K., Schneider A., Linde K. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice – a systematic review of empirical studies. BMC Med. 2010;8:15.

30. Lynöe N., Mattsson B., Sandlund M. The attitudes of patients and physicians towards placebo treatment – a comparative study. Soc Sci Med. 1993;36(6):767–74.

31. Kienle GS., Kiene H. A critical reanalysis of the concept, magnitude and existance of placebo effects. In: Peters D., editor. Understanding the placebo effect in complementary medicine. Edinburgh: Harcourt Publishers; 2001.

32. Bausell RB. Snake Oil Medicine. The Truth About Complementary and Alternative Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2007.

16 Att införa metoder från KAM i hälso- och sjukvården

- Utredningen har ett uppdrag att föreslå en policy för hur KAM-metoder skulle kunna utvärderas inför att de eventuellt införs i hälso- och sjukvården.
- I hälso- och sjukvården finns system för hur man inför nya metoder och utmönstrar metoder som saknar effekt, eller medför för stora risker eller biverkningar i relation till nyttan. Metoderna prioriteras utifrån de tre prioriteringsetiska principer som finns i 1996 års proposition Prioriteringar i hälso- och sjukvården.
- I sina nationella riktlinjer tillämpar Socialstyrelsen den nationella prioriteringsmodellen, där tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekter, kostnadseffektivitet samt det vetenskapliga underlagets styrka vägs samman. Som underlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer genomför Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) systematiska översikter över den vetenskapliga litteraturen. Vid bedömning av patientnytta tar man hänsyn till överlevnad, funktion, lidande/välbefinnande och livskvalitet.
- SBU gör allsidiga utvärderingar av patientnytta, etiska och sociala aspekter samt hälsoekonomi. Även andra myndigheter såsom Folkhälsomyndigheten, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Läkemedelsverket utvärderar medicinska metoder.

- Patientmedverkan blir en alltmer viktig del vid utvärdering av hälso- och sjukvårdens metoder. Syftet är att öka kvaliteten och relevansen av beslutsunderlagen och på sikt därmed förbättra vård och omsorg för patienter.
- Efter att ha gått igenom några exempel på KAM-metoder som i dag delvis införts i hälso- och sjukvården drar utredningen slutsatsen att empiriska iakttagelser av hur metoder från KAM-området i dag införs i hälso- och sjukvården inte föranleder någon justering i nuvarande policy.

Enligt kommittédirektivet (kapitel 1) har utredningen i uppdrag att ”… lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som i dag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård”.

I detta kapitel redovisar vi vilka strukturer som i dag finns i hälso- och sjukvården för att införa eller utmönstra metoder. Vi har även frågat oss om man genom empiriska iakttagelser kring KAM-metoder som har börjat införas i hälso- och sjukvården, kan identifiera andra eller ytterligare aspekter som man bör beakta vid bedömning av KAM-metoders införande.

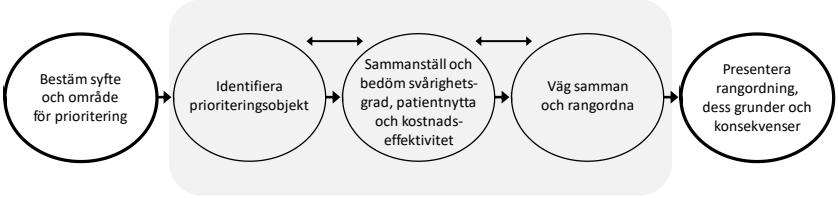
16.1 Nationella riktlinjer och den nationella prioriteringsmodellen

För att stödja hälso- och sjukvårdshuvudmännen i deras prioriteringsarbete utarbetar Socialstyrelsen kunskapsbaserade nationella riktlinjer för god vård och omsorg. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är stort. Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen Prioriteringar i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). Av denna framgår att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (dessa principer beskrivs närmare i kapitel 12). De tre principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen ska väga tyngst, därefter behovs- och solidaritetsprincipen och i tredje hand kostnadseffektivitetsprincipen.

För att omsätta propositionens allmänna prioriteringsprinciper i praktiska processer, har Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet och Socialstyrelsen tagit fram en nationell prioriteringsmodell (1). Arbetet har genomförts i samråd med en rad professionsföreningar inom hälso- och sjukvården samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Modellen är i första hand tänkt att användas på gruppnivå, således inte för att prioritera mellan individuella patienter/vårdsökande. Prioriteringar kan ske på många olika nivåer och de kan vara horisontella (t.ex. mellan större patientgrupper eller mellan förebyggande insatser och sjukvård) eller vertikala (inom en och samma större patientgrupp). I enlighet med utredningens uppdrag, tar vi här enbart upp de aspekter som handlar om prioriteringar av behandlingsmetoder.

Processen i den nationella modellen för öppna prioriteringar visas i figur 16.1.

Figur 16.1. Processen när den nationella modellen för öppna prioriteringar tillämpas på konkreta tillstånd och åtgärder



Källa: Modifierad från Prioriteringscentrums rapport (1).

Det första momentet i den nationella modellen för öppna prioriteringar handlar om att identifiera syftet med att tillämpa modellen. Det övergripande syftet med prioriteringar är, enligt hälso- och sjukvårdslagen 3 kap. 1 §, att tillse att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Utöver detta övergripande syfte måste de olika aktörerna precisera syftet med att tillämpa modellen. Ett av dessa syften skulle exempelvis kunna vara att få vägledning om man överväger att införa KAM-metoder i hälso- och sjukvården.

Tabell 16.1 Arbetsblad för dokumentation av den nationella prioriteringsmodellens olika moment

Ur Prioriteringscentrums rapport (1)

Till-stånd	Åt-gärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patient-nytta	Kvalitet kunskaps-underlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskaps-underlag	Rang-ordning	Kommentar/ Konsekvens

Tabell 16.1 visar vilka komponenter som finns med i den nationella prioriteringsmodellen. Först identifieras ett tillstånds-/åtgärdspar, t.ex. akupunktur vid förlossningssmärta eller akupunktur vid rehabilitering efter stroke. Därefter bedöms behovet (en av prioriteringsprinciperna) utifrån dels tillståndets svårighetsgrad, dels den patientnytta åtgärden har. I enlighet med den tredje prioriteringsprincipen bedöms kostnaderna i förhållande till effekten. För både patientnytta och det hälsoekonomiska underlaget bedöms hur starkt det vetenskapliga underlaget är.

Slutligen rangordnas tillstånd-åtgärdspar från 1 (högsta) till 10 (lägsta) prioritet. I denna vägning tar man också hänsyn till den första, mer övergripande prioriteringsprincipen om människovärde – en åtgärd får inte leda till diskriminering utifrån kön, ålder, sexuell läggning, social ställning, etnisk bakgrund, etc. Solidaritetskomponenten i behovs- och solidaritetsprincipen innebär att man måste särskilt se till att patienter eller patientgrupper som har svårt att föra sina egen talan (t.ex., barn, dementa, de med svår psykisk sjukdom eller allvarliga kognitiva funktionsnedsättningar), får sina behov tillgodosedda på samma villkor som andra.

För åtgärder som vården inte bör utföra alls finns rekommendationen Icke-göra. Det handlar då i regel om metoder som finns i hälso- och sjukvården men bör utmönstras därför att de är alltför farliga, alltför dyra i förhållande till andra verksamma metoder eller har alltför svag vetenskaplig dokumentation. Vissa åtgärder som fortfarande inte är tillräckligt dokumenterade men där det pågår forskning kan få rekommendation FoU (Forskning och Utveckling) och bevakas då särskilt när riktlinjerna förvaltas.

Några av komponenterna i den nationella prioriteringsmodellen förtjänar särskilda kommentarer:

Tillståndets svårighetsgrad. Det finns en rad faktorer som kan bestämma hur svårt ett sjukdomstillstånd är (tabell 16.2).

Tabell 16.2 Komponenter vid bedömning av tillståndets svårighetsgrad i nationella prioriteringsmodellen (1)

Aktuellt hälsotillstånd
– lidande
– funktionsnedsättning
– livskvalitet
Risk för
– förtida död
– funktionshinder
– fortsatt lidande
Tillståndets varaktighet

Särskilda svårigheter brukar uppstå när man ska bedöma svårighetsgraden i olika förebyggande sammanhang eller vid screening för tidig upptäckt av sjukdom. Då räcker det inte att bedöma hur svår den sjukdom är som man vill förbygga (t.ex. cancer) utan man behöver också väga in hur stor risken är att drabbas utan insats.

Vid bedömning av varaktighet är det den förmodade framtida varaktigheten som ska beaktas, inte hur länge man tidigare varit funktionsnedsatt eller lidit (1). När man tar hänsyn till tillståndets varaktighet kan detta komma i konflikt med andra prioriteringsprinciper. Att drabbas av en kronisk men inte dödlig sjukdom vid 40 års ålder innebär längre varaktighet än om en 65-åring drabbas. Men att prioritera 40-åringar framför 65-åringar skulle innebära åldersdiskriminering och stå i konflikt med människovärdesprincipen. De olika principerna måste vägas mot varandra och man måste vid prioriteringar respektera de etiska principernas inbördes rangordning.

Tillståndets svårighetsgrad kan variera stort bland de som söker KAM-terapi. En stor andel har kroniska sjukdomstillstånd och/eller långvarigt lidande och de upplever sin livskvalitet som nedsatt. Andra kan ha lättare former av ohälsa eller önskar förbättra sitt välbefinnande utan att ha specifika symtom eller sjukdomar. Om man överväger att införa en metod från KAM-området är det därför centralt att man definierar inte bara åtgärden utan även tillståndet och dess svårighetsgrad.

Kunskapsunderlaget vid prioriteringar. I den nationella prioriteringsmodellen bedöms kunskapsunderlaget för studier av patientnytta och hälsoekonomiska studier separat. Som vi diskuterar i kapitel 14 ska svensk hälso- och sjukvård enligt lag bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är den svenska myndighet som tar fram uppgifter om det vetenskapliga underlaget och som brukar anlitas av Socialstyrelsen när de tar fram sina nationella riktlinjer. SBU:s processer beskrivs nedan.

Om det vetenskapliga underlaget bedöms vara tillräckligt starkt, brukar den beprövade erfarenheten inte vägas in i prioriteringarna. Men om det vetenskapliga underlaget är begränsat eller saknas, får den beprövade erfarenheten större tyngd i prioriteringarna. Detta, liksom aspekter på beprövad erfarenhet inom KAM-området, beskrivs i kapitel 14.

Patientnytta. I den nationella prioriteringsmodellen bedöms den förväntade genomsnittliga nyttan för hela patientgruppen som får del av en åtgärd.

Vid bedömning av patientnytta tar man hänsyn till ungefär samma utfall som gäller svårighetsgrad, dvs. överlevnad, funktion, lidande/välbefinnande och livskvalitet. För allt detta finns dessutom en tidsdimension – är effekterna kortvariga eller består de över lång tid?

När den nationella prioriteringsmodellen tillämpas, ska man i första hand uttrycka patientnyttan i absoluta tal och inte i relativa. Man kan visserligen i relativa termer tala om en halvering av andelen med funktionsnedsättning, men det är stor skillnad i den absoluta effekten om halveringen är från 50 procent till 25 procent (25 procentenheter) eller från 10 procent till 5 procent (5 procentenheter). Ofta uttrycks den absoluta nyttan som number-needed-to-treat (NNT), dvs. hur många som behöver behandlas för att en person ska ha nytta, t.ex. slippa bestående funktionsnedsättning.

När patientnyttan bedöms/beräknas tar man även med behandlingens risker och hur allvarliga konsekvenserna av biverkningar är.

Kostnadseffektivitet. Här vägs patientnyttan mot kostnaderna. I hälso- och sjukvården finns hälsoekonomiska bedömningar främst när det gäller läkemedel, delvis för att TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) baserar sina beslut om läkemedel ska ingå i förmånen på om kostnaderna är rimliga i förhållande till nettoeffekterna (där både gynnsamma och ogynnsamma effekter ingår).

Antalet hälsoekonomiska analyser av andra åtgärder än läkemedel inom hälso- och sjukvården ökar snabbt.

Vilka kostnader och hälsovinster som ska tas med i de hälsoekonomiska analyserna är inte okontroversiellt eller ens etiskt neutralt. För sjukvårdshuvudmännen handlar det i första hand om de kostnader och vinster/besparingar som uppkommer inom vården, t.ex. i form av minskade vårddagar efter det att ny verksam metod införts. I dessa beräkningar tar man dessutom ofta med andra direkta offentliga kostnader som kommunernas kostnader för hemtjänst och institutionsboende. TLV har på senare år manat till försiktighet att anlägga ett strikt samhällsekonomiskt perspektiv. Om t.ex. inkomstbortfall ingår i beräkningarna, finns en uppenbar risk att arbetslösa, förtidspensionerade och pensionärer missgynnas (2).

Det finns ett begynnande antal hälsoekonomiska analyser på KAM-området. Hälsoekonomiska analyser inom KAM lider i ännu högre grad än de inom hälso- och sjukvård av brist på samstämmiga effektdata och uppgifter om kostnader och ekonomiska vinster av olika terapier. En färsk systematisk översikt fann ändå 43 publicerade hälsoekonomiska studier av olika KAM-metoder inom cancerområdet (3).

Det finns förespråkare för KAM och integrativ medicin som argumenterat för att det finns gynnsamma effekter av KAM-terapier som inte låter sig mätas i hälsoekonomiska analyser. Dit hör exempelvis känsla av säkerhet, fysisk tillfredsställelse, meningsfullhet, värdighet, respekt för det privata, individuell behandling, autonomi och andligt välbefinnande (3).

16.2 Myndigheters och lokala organisationers utvärderingar av medicinska metoder

SBU utvärderar tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården utifrån medicinska, ekonomiska, samhälleliga och etiska perspektiv (se avsnitt 5.3), så kallade Health Technology Assessment, HTA. SBU använder sig av internationellt utarbetad utvärderingsmetodik, som motsvarar den som används vid både nationella organisationer i olika länder och internationella organisationer, såsom WHO och Cochrane. Metodiken för vetenskapliga utvärderingar utvecklas kontinuerligt och SBU deltar aktivt på en rad områden.

Utvärderingarna som görs på SBU innefattar en eller flera systematiska översikter, ekonomiska/hälsoekonomiska analyser samt genomgång av de sociala och etiska aspekter som aktualiseras av metoden och tillståndet. Ofta innefattar utvärderingarna även en sammanställning av forskningen kring patienters upplevelser och erfarenheter av sina tillstånd, av behandlingarna, eller av bemötandet i vården. Det första steget vid en utvärdering är att precisera de frågor som man vill besvara – vilka beror bl.a. på hur interventionen är tänkt att användas, vad den syftar till och vad som är viktigt för den aktuella patientgruppen. Utifrån hur frågorna är ställda definieras vilken studiedesign som bäst besvarar dem.

För att besvara frågor rörande effekter av interventioner bedöms randomiserade kontrollerade studier (RCT:er) generellt vara den mest tillförlitliga studiedesignen, då den har potential att minska risken för snedvridna resultat på grund av olikheter i grupperna som jämförs (selektionsbias). Som beskrivs i kapitel 14 måste detta dock vägas mot eventuella osäkerheter som kan uppstå om studierna inte representerar de patienter som kommer att få interventionen i praktiken, inte utförts i den relevanta kontexten, eller inte har ett tillräckligt stort deltagarantal eller tillräckligt lång uppföljningstid. I dessa fall kan observationsstudier vara mer lämpade för att besvara frågan. I vissa fall kan man behöva både RCT:er och större kohortstudier för att besvara frågor som rör olika utfallsmått (vanliga och ovanliga) samt effekter på kort och lång sikt.

Frågor avseende upplevelser och erfarenheter bedömer man oftast besvaras bäst med studier med en kvalitativ ansats. Att få en tillförlitlig bild av vad som är viktigt för patienter med ett visst tillstånd kan vara centralt vid prioritering av metoder för utvärdering och eventuellt införande i hälso- och sjukvården, då interventioner som har störst möjlighet att öka patienters hälsorelaterade livskvalitet bör prioriteras framför interventioner som påverkar utfall som är mindre viktiga för patienterna.

Flera andra myndigheter gör utvärderingar av medicinska metoder, såsom Folkhälsomyndigheten, TLV och Läkemedelsverket. De använder i grunden samma metodik som beskrivits ovan, med frågeställning och omfattning av utvärderingarna anpassade efter syftet med utvärderingen och den egna myndighetens uppdrag.

Det finns även en rad lokala HTA-organisationer runt om i landet. Sedan 2007 har SBU i egenskap av nationell HTA-organisation samordnat HTA-representanterna i regioner och landsting i ett nätverk, HTA-nätverket. Nätverket verkar bl.a. för att öka metodkunskap och samverkan mellan myndigheter och regioner och landsting och innefattar representanter från hela Sverige. I nätverket ingår också representanter för HTA-O, en HTA-enhet inom området odontologi vid Malmö universitet och Cochrane Sverige, ett associerat center till Nordic Cochrane Centre i Köpenhamn. Socialstyrelsen, TLV och SKL är också representerade i HTA-nätverket (4).

16.3 Patientsamverkan vid utvärdering av metoder inom hälso- och sjukvård

Patientdelaktighet i myndigheternas utvärderingar av metoder syftar till att kvaliteten och relevansen av kunskapsunderlagen ska öka och att detta på sikt ska leda till en förbättrad vård och omsorg för patienterna. Till skillnad från Patient-Based Evidence (avsnitt 14.8) (5) syftar inte patientsamverkan till att i sig generera evidens, utan i stället till att inhämta information som kan användas i utvärderingsprocessen. Det kan t.ex. handla om att säkerställa att de mest relevanta frågorna är ställda, att de viktigaste utfallsmåtten utvärderas, att centrala etiska aspekter belyses samt att utvärderingens resultat kommuniceras på ett begripligt vis. Patientsamverkan kan även syfta till validering av utvärderingens resultat, i synnerhet när Patient-based Evidence kommer från annan kontext, t.ex. om det endast finns studier från andra länder och man vill få resultaten bekräftade eller inte ur en svensk kontext.

På SBU har individuella patienter och patientorganisationer deltagit på flera olika vis under utvärderingsprocessen genom referensgrupper, konsultsamtal för specifika frågor, som patientsakkunniga i projektgruppen eller som externa granskare (6). Metoder för samverkan utvecklas på flera håll, bl.a. har en internationell organisation för utvärdering av medicinska metoder, Health Technology Assessment International (HTAi) utformat vägledning för hur patientorganisationer kan bidra till utvärderingarna (7).

Allt mer vikt läggs vid patientsamverkan i både primärforskning och utvärdering, det blir t.ex. allt vanligare att forskningsfinansiärer,

tidskrifter och arrangörer av konferenser kräver att man redovisar hur patientrepresentanter bidragit till arbetet. Kvalitetsstämplar/ackreditering kan bl.a. ges till konferenser som är utformade och planerade på ett bra sätt utifrån patienter. I Sverige har en myndighetsgemensam arbetsgrupp bildats med syfte att stärka patient- och brukarinflytandet samt brukarsamverkan i myndigheternas arbete.

16.4 Exempel på metoder från KAM som delvis införts i svensk hälso- och sjukvård

I detta avsnitt ger vi några exempel på metoder från KAM-området som delvis införts i svensk hälso- och sjukvård. Vi frågar: Finns några gemensamma karaktäristika som skulle ge anledning att komplettera eller förtydliga de system som finns i dag för införande av metoder i hälso- och sjukvården? Exemplen är valda utifrån en inventering bland expertkommitténs medlemmar (där det fanns långt fler förslag).

Akupunktur och dess historiska bakgrund beskrivs mycket kortfattat i kapitel 9. Ur ett globalt perspektiv har akupunkturverksamheten varit synnerligen expansiv sedan den väcktes till liv i kinesisk sjukvård efter revolutionen och ”återupptäcktes” av rika länder på 1970-talet (8). När metoden introducerades i svensk hälso- och sjukvård var det mycket som en biomedicinsk metod utan bindningar till kinesisk filosofi och annan traditionell kinesisk medicin (8).

Man kan anlägga ett medicinskt respektive ett sociopolitiskt perspektiv på den snabba acceptansen av akupunktur globalt och i Sverige.

Akupunktur är den KAM-metod som varit föremål för flest vetenskapliga studier, så också i Sverige (kapitel 13). Det finns högst skilda uppfattningar om vilka typer av studier som är mest lämpade för att undersöka akupunktureffekter. Oenigheten gäller även hur man ska tolka studieresultaten.

Socialstyrelsen accepterade 1994 akupunktur som metod för smärtlindring (8). I Socialstyrelsens nuvarande nationella riktlinjer prioriteras akupunktur medelhögt till lågt mot biverkningar av cancerbehandling (6–8 på den 10-gradiga prioriteringslistan). Akupunktur mot illamående hos patienter i palliativ vård prioriteras lågt (prio 9). I riktlinjerna för missbruksvård återfinns akupunktur på FoU-listan, liksom i riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, dvs.

ytterligare vetenskapliga studier behövs innan metoden kan sättas upp på Socialstyrelsens prioriteringslistor.

De nationella riktlinjerna ger alltså stöd för att akupunktur kan ses som en metod i hälso- och sjukvården vid vissa tillstånd. Riktlinjerna är dock återhållsamma i förhållande till den utbredda användningen av akupunktur i hälso- och sjukvården, såväl i offentlig som privat hälso- och sjukvård. Till detta kan de olika möjligheterna att tolka den vetenskapliga litteraturen ha bidragit, liksom att metoden överförts till svenskt sammanhang i en avskalad form (utan sitt TCM-kontext[*Traditional Chinese Medicine*]) som varit relativt lätt att acceptera av hälso- och sjukvården. Att det funnits en personalkategori, fysioterapeuter, som varit pådrivande kan också ha bidragit.

Expansionen av akupunkturutövningen globalt kan också ses i ett sociopolitiskt perspektiv. Från kinesiskt håll finns en tydlig strategi att sprida akupunktur och andra TCM-metoder. Kina hade enligt uppgifter i China Daily (9) 2018 slutit avtal med 86 länder och regioner om att främja TCM, inklusive akupunktur. I samband med att en svensk delegation ledd av Socialdepartementet besökte Kina år 2015, undertecknades samarbetsavtal med åtminstone två landsting (Stockholm och Östergötland). Kina etablerar dessutom ett ökande antal TCM-centra världen över. Uppgifter i WHO:s *Traditional Medicine Strategy 2014–2023* (10) indikerar att akupunktur utövas i 80 procent av WHO:s medlemsländer.

I detta sammanhang kan det nämnas att, enligt tidningsuppgifter, motsvarande initiativ även förekommer från den indiska regeringen för att öka det internationella intresset för yoga och ayurveda (11).

Mindfulness (*medveten närvaro* på svenska) har sina rötter i buddhismen. I dag används mindfulness i västerländsk psykoterapi som en behandlingsmetod (har setts som en del av ”tredje vågens KBT”), och själva begreppet har föga att göra med det ursprungliga buddhistiska begreppet. I Sverige finns ett stort antal personer som arbetar med mindfulness utan att vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och det bedrivs många utbildningar för blivande utövare. Yrkestitlarna varierar.

Från 1970-talets slut har det funnits ett växande vetenskapligt intresse för mindfulness. Det vetenskapliga underlaget är inte oomstritt, men en systematisk översikt, kommenterad av SBU (12), visade sammantaget en liten gynnsam effekt vid ångest, depression och smärta när man jämförde med ospecifik behandling som t.ex. allmän

livsstilsrådgivning. Det fanns inga belägg för att mindfulness skulle vara bättre än andra strukturerade behandlingsformer eller psykoterapier.

I Socialstyrelsens riktlinjer har mindfulness prioriterats högt som förebyggande insats mot återfall av depression, medelhögt för patienter i livets slutskede, lågt för stressreduktion efter behandling av cancer och mindfulness finns på FoU-listorna (föremål för ytterligare forskning) vid ångest, social fobi och alkoholberoende.

En översiktlig sökning på offentliga vårdgivares hemsidor, såväl sjukhus som vårdcentraler, visar att mindfulness erbjuds vid ett betydande antal verksamheter, spridda över landet. Det finns dock landsting/regioner med sparsamt eller inget utbud. Det finns även flera exempel på att mindfulness ingår i landstingens och regionernas friskvårds- och företagshälsovårdsutbud för den egna personalen.

Således förefaller mindfulness vara en behandlingsmetod som åtminstone delvis tagits upp av offentligt finansierad hälso- och sjukvård i Sverige. Som diskuterats av religionsvetaren Katarina Plank finns mindfulness inte bara på den terapeutiska arenan utan även på de kommersiella och religiösa arenorna (13). Att intresset för mindfulness är så brett kan ha bidragit till att metoden blivit intressant också för hälso- och sjukvården. Att den dessutom kopplats till andra, mer allmänt accepterade psykoterapeutiska metoder inom vården som DBT (dialektisk beteendeterapi) kan också ha bidragit. En tredje möjlig bidragande orsak kan vara att det bedrivits uppmärksammad svensk klinisk forskning om mindfulness.

Den relativt låga prioriteringen i Socialstyrelsens riktlinjer förefaller bero på att effekterna bedöms som relativt små och att det som behandlingsalternativ finns andra psykoterapeutiska metoder med bättre dokumenterade effekter. Behandlingen är också resurskrävande, men detta har den gemensamt med de flesta andra psykoterapeutiska metoder.

Qigong. I Sverige används qigong (beskrivs i kapitel 9) huvudsakligen utanför den etablerade vården. Men metoden har också kommit att tillämpas i hälso- och sjukvården. Qigong kan skrivas ut av läkare som FAR (fysisk aktivitet på recept) och vissa landsting erbjuder qigong mot vanlig patientavgift. Metoden måste således beskrivas som åtminstone delvis accepterad inom svensk hälso- och sjukvård.

Det har sedan mitten av 2000-talet bedrivits viss, om inte så uppmärksammad, forskning om qigong i Sverige. Qigong har inte tagits upp i vare sig SBU:s systematiska kunskapsöversikter eller i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar eller depression och ångest. I de systematiska översikter som redovisas i Cochrane Library har qigong ofta ingått som en av flera metoder att öka den fysiska aktiviteten i förebyggande eller sjukdomsbehandlande syfte. Några säkra slutsatser för enbart qigong har man inte kunnat dra. Möjligen är det just att qigong är en av flera möjligheter för fysisk aktivitet som gjort att metoden tagits upp på hel del håll i svensk hälso- och sjukvård.

Hypnoterapi är en form av suggestionsterapi, där patienten försätts i ett tranceliknande tillstånd. Det kan ske med hjälp av en terapeut, men patienten kan även få lära sig tekniker att själv försätta sig i detta tillstånd (14). Olika former av hypnosliknande terapier vid sjukdom har förmodligen förekommit i folkmedicinen, bl.a. i schamanismen, sedan mycket länge och i många delar av världen. Hypnoterapi har länge betraktats som komplementär eller alternativmedicinsk behandling. Det finns hypnoterapeuter utan medicinsk grundutbildning, vilka ofta tillämpar denna behandling vid symtom av en rad olika slag.

Sedan 1980-talet har hypnoterapi varit föremål för omfattande vetenskapligt intresse och hypnoterapi har börjat användas också inom hälso- och sjukvården. Hypnoterapi har använts för exempelvis smärtlindring, behandling av fobier, stress, ångest och symtom från buken. Inom tandvården används hypnoterapi mot smärta och vid tandläkarskräck. Vid många tillstånd är dock det vetenskapliga underlaget långt ifrån entydigt. Bäst underlag för gynnsamma effekter förefaller finnas för behandling av IBS (irriterad tarm). Hypnoterapi ingår numera som vetenskapligt dokumenterad behandling i de riktlinjer för behandling av IBS som Svensk gastroenterologisk förening tagit fram (15).

Förutom att det finns vetenskapligt stöd för effekter av hypnoterapi kan det faktum att det bedrivits åtskillig svensk forskning med deltagande av flera sjukhus ha bidragit till att hypnoterapi som behandlingsmetod vid IBS har spridits över landet i såväl offentlig som privat hälso- och sjukvård.

Musikterapi är den konstnärliga terapiform som förefaller ha fått visst genomslag i svensk hälso- och sjukvård. Genom att använda olika former av musik strävar man efter att påverka välbefinnandet.

Kungl. Musikhögskolan i Stockholm har sedan 1991 ett utbildningsprogram, vilket omfattar sammanlagt tre års studier på halvfart. Utbildningen har en psykoterpeutisk inriktning. Yrkesföreningen Sveriges Akademiska Musikterapeuter, SAM, organiserar musikterapeuter utbildade vid Musikhögskolan i Stockholm (eller med likvärdig musikterapeutisk utbildning). Cochraneöversikter indikerar vissa gynnsamma effekter vid bl.a. depression, ångest och schizofreni hos vuxna, demens hos äldre samt barn med autism (16). Författarna till översikterna reserverar sig dock för att de underliggande studierna ofta inte är av fullgod vetenskaplig kvalitet. Musikterapi prioriteras relativt högt (4 på en 10-gradig skala där 1 är högst prioritering) vid schizofreni med kvarstående psykossymtom och relativt lågt (prio 7, tillsammans med sång och dans) vid demens.

På några håll i svensk hälso- och sjukvård har musikterapeuter anställts, t.ex. inom rehabilitering, psykiatri, barnsjukvård och barn- och ungdomspsykiatri.

Ketogen kost vid epilepsi. Innan de krampförebyggande läkemedlen kom, var det vanligt att patienter med epilepsi fick ketogen (syrabildande) kost som krampförebyggande behandling. Denna kost baseras på ett mycket högt fett- och lågt kolhydratintag. När sedan effektiva läkemedel blev tillgängliga kom den ketogena kosten i skymundan. Det har dock funnits barn som trots läkemedel fortsatt haft kramper. Andra har tålt medicinen dåligt. Därför har det förekommit att föräldrar prövat ketogen kost och ofta funnit gynnsamma resultat.

Det vetenskapliga stödet har dock varit magert och hälso- och sjukvården har haft en ambivalent inställning till ketogen kost, som oftast betraktats som alternativmedicinsk. SBU gjorde 2002 en översiktlig genomgång av den vetenskapliga litteraturen och bedömde då att det fanns ringa vetenskaplig dokumentation om metodens nytta (17). Under senare år har det dock tillkommit en rad studier och när SBU 2018 gjorde en förnyad genomgång av den vetenskapliga litteraturen, kunde man dra en annan slutsats än 2002: ”Ketogen kost är en effektiv behandling med måttligt starkt vetenskapligt underlag för noggrant selekterade barn med läkemedelsresistent epilepsi” (18). I en preliminär version av nationella riktlinjer för epilepsi har Socialstyrelsen nu rekommenderat ketogen kost som tillägg till antiepileptiska läkemedel när inte läkemedel ensamt räcker för att förebygga kramper (19).

I fallet ketogen kost vid epilepsi har den helt avgörande faktorn för att acceptera behandlingen i hälso- och sjukvård varit att det vetenskapliga underlaget stärkts.

Faktorer som kan ha påverkat införandet

Utifrån exemplen ovan har vi i utredningen försökt identifiera några av de faktorer som bidragit till att metoder från KAM-området åtminstone delvis vunnit insteg i svensk hälso- och sjukvård:

- Utvärderade effekter och prioriteringar i riktlinjer
  - *Vetenskapligt underlag*. I likhet med de flesta andra medicinska åtgärder varierar det vetenskapliga underlagets styrka med det tillstånd som behandlas. Underlaget för de KAM-metoder som införts i hälso- och sjukvård spänner från mycket svagt (qigong) över omstritt (akupunktur) till måttligt starkt (ketogen kost vid epilepsi hos barn, effekt av musikterapi på vissa schizofrenisymtom).
  - *Prioritering i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Detta är inte alltid avgörande. Så t.ex. används akupunktur och mindfulness vid långt fler tillstånd än de som rekommenderas i riktlinjerna. Qigong har visserligen införts trots avsaknad av nationella rekommendationer, men kan betraktas som en av många former för fysisk aktivitet – och för fysisk aktivitet finns starka rekommendationer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Ett exempel på svagt införande trots rekommendationer i de nationella riktlinjerna är musikterapi – formaliserad musikterapi för schizofrenipatienter med psykossymtom förfaller inte ha införts i någon större omfattning.
- Acceptans för metoderna
  - *Anpassning till västerländsk medicin*. Akupunktur, mindfulness och qigong är exempel på terapier som har sin bakgrund i österländska filosofier och uppfattningar om ohälsa. När terapierna införts i svensk hälso- och sjukvård, har filosofierna i regel skalats av, något som kan ha underlättat deras acceptans (8).

  - *Svensk forskning*. Såväl akupunktur, mindfulness, qigong som hypnoterapi har varit föremål för svensk klinisk forskning. Det är möjligt att detta bidragit till att metoderna lättare accepterats av hälso- och sjukvården, bl.a. för att det funnits engagerade forskare som spridit kunskap om metoden.

- Engagemang och intressenter
  - *Vårdprofessionernas engagemang*. Detta varierar från högst begränsat (ketogen kost) till utbrett (fysioterapeuternas engagemang i akupunktur och qigong)
  - *Har ett brett samhällsintresse en påverkan?* Mindfulness och qigong kan vara exempel på hur intresse för en metod långt utöver den medicinska användningen skulle kunna bidra till att metoden tas upp i hälso- och sjukvården. Å andra sidan finns exempel – hypnoterapi och ketogen kost – på att brett samhälleligt intresse inte är nödvändigt.
  - En variant på samma tema är att *ett allmänt intresse för österländska filosofier och medicinska behandlingsmetoder* möjligen skulle kunna spela en roll för att stärka intresset för medicinska metoder som akupunktur, mindfulness och qigong. Det är notabelt att intresset för att i hälso- och sjukvården ta upp system med europeiskt ursprung, som homeopati och antroposofi, inte utvecklats på samma sätt.
  - *Vad betyder politiska initiativ från andra länder?* Från kinesiskt och indiskt håll pågår en offensiv för att sprida TCM respektive ayurveda och yoga. I vad mån detta påverkat införandet av sådana metoder i svensk hälso- och sjukvård har utredningen inte utrett. Vi bedömer dock att det *direkta* inflytandet på införandet av metoder från kinesisk och indisk medicin varit högst begränsat (detta trots att vissa landsting slutit samarbetsavtal med Kina). Däremot är *indirekt* påverkan via allmänt ökat intresse i samhället (t.ex. via sociala media och gammalmedia) fullt möjlig.

I stället för att försöka identifiera faktorer som bidragit till att metoder från KAM-området införs i svensk hälso- och sjukvård, kan man fråga: Finns faktorer (utöver avsaknad av de främjande faktorer

som nämns ovan) som bidrar till att vanligt förekommande KAM-metoder inte införs? Vi tar här upp ett par möjliga förklaringar:

- *Vetenskaplig bakgrund*. KAM-metoder som bygger på teorier som uppenbart står i strid med etablerad vetenskap (kapitel 14) har inte införts i hälso- och sjukvården. Exempel är homeopati, reinkarnationsterapi, kristallterapi, zonterapi och healing. Det förekommer visserligen att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utövar sådana terapier men detta utgör ovanliga undantag.
- *Inga fanbärare inom svensk forskning och hälso- och sjukvård*. Utöver kartläggningar och analyser av befolkningens användning av KAM-metoder förekommer ingen nämnvärd svensk forskning på KAM-metoder som inte är aktuella att införa i hälso- och sjukvården (ett undantag rör växtbaserade produkter och andra naturprodukter). Det saknas profilerade medarbetare i hälso- och sjukvården som förespråkar dessa KAM-metoder[1]. Det finns inte heller några starka patientorganisationer som driver frågor kring införande av KAM-metoder i svensk hälso- och sjukvård[2].

Ovan beskrivna exempel illustrerar att gemensamma pådrivande faktorer har saknats då KAM metoder har införts i hälso- och sjukvården – just avsaknaden av ett tydligt mönster är påfallande. Utredningens slutsats är att empiri kring de metoder som i dag införs inte ger anledning till att föreslå förändringar i rådande policy för att införa metoder i den svenska hälso- och sjukvården.

16.5 KAM-utövare i hälso- och sjukvården

När frågor kring KAM-utövares knytning till hälso- och sjukvården diskuteras kan det vara illustrativt att först se på hälso- och sjukvårdens relationer till kiropraktorer och naprapater. Dessa har varit legitimationsyrken sedan 1990-talet (och ingår därför inte i denna

[1] Inom kostområdet finns dock sådana profilerade företrädare med stort genomslag, t.ex. läkaren Annika Dahlqvist, förespråkare för LCHF-kost. Utredningens avgränsningar innebär att vi inte tar upp kostfrågor.

[2] Ett mycket uppmärksammat historiskt undantag gäller den långdragna kontroversen kring THX och veterinären Elis Sandberg i Aneby. Mellan 50 000 och 150 000 personer behandlades med THX. År 1965 startades *Riksföreningen för thymusforskning*, en mycket aktiv patientförening med det uttalade syftet att stödja Elis Sandberg och THX. Kontroversen pågick från 1950-talet och ebbade inte ut förrän efter Sandbergs död 1987 (20).

utredning). Utredningen har inte kunnat finna mer än ett mindre antal exempel på att kiropraktorer eller naprapater anställts inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Däremot finns individuella vårdavtal med kiropraktorer och naprapater och i flera landsting/regioner ingår kiropraktik och naprapati i vårdvalet. Det finns också exempel på kiropraktorer och naprapater som underleverantörer till vårdcentraler. Kiropraktik och naprapati är således exempel på hur landsting och regioner skapat en relation till utövare utanför den offentligt drivna vården, detta trots att man i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar inte tagit ställning avseende verksamheterna. Kiropraktik och naprapati är därutöver oftast inkluderat som tjänster i privata sjukvårdsförsäkringar och ingår även ofta i företagshälsovårdens tjänsteutbud, se vidare avsnitt 6.7.

Annars är det vanliga när man i hälso- och sjukvården introducerar metoder från KAM-området att hälso- och sjukvårdspersonal utbildas i metoden. Från exemplen ovan kan nämnas att fysioterapeuter utbildas i akupunktur och qigong, psykologer i mindfulness och hypnoterapi och dietister i rådgivning om ketogen kost. I våra diskussioner med KAM-utövare och andra KAM-förespråkare har man ifrågasatt denna ordning. Så t.ex. framhåller man från Svenska Akupunkturförbundet att snabbutbildad legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan åsamka patienten skador (Socialstyrelsens statistik åberopas), medan behandling av Akupunkturförbundets medlemmar, med längre utbildning, menar man inte ger några skador. Man ifrågasätter också om den legitimerade personalens behandling är lika effektiv som den förbundets medlemmar ger. Förbundets jurist betecknar snabbutbildning av legitimerad personal i akupunktur som farlig och omoralisk (21). Samtidigt bör nämnas att den svenska forskare som har publicerar mest om akupunktur, Elisabet Stener-Victorin (kapitel 13), anser att det av säkerhetsskäl är bättre att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utför akupunkturen. Hon hänvisar även till studier som indikerar att varken akupunkturutbildningens längd eller den exakta placeringen av nålarna har någon säkerställd betydelse för utfallen (22–24).

Om icke-legitimerad personal ska engageras i hälso- och sjukvården uppstår frågor kring ansvarsförhållanden. När den offentligt finansierade hälso- och sjukvården sluter avtal med kiropraktorer och naprapater eller dessa yrkeskategorier ingår i vårdvalet, handlar

det om legitimationsyrken som står under IVO:s tillsyn. När icke-legitimerad personal arbetar i hälso- och sjukvården kan det bl.a. ske med delegation under legitimerad personals ansvar. En person behöver dock inte ha legitimation för att anses tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen. Av 1 kap. 4 § p. 2–3 patientsäkerhetslagen följer att med hälso- och sjukvårdspersonal avses personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienten men även den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare. Förutom undersköterskor och vårdbiträden kan det gälla flera andra yrkeskategorier t.ex. fotterapeuter och lymfödemterapeuter.

Referenser

1. Broqvist M., Branting Elgstrand M., Carlsson P., Eklund K., Jakobsson A. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Reviderad version. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, rapport 2011:4.
2. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Introduktion till hälsoekonomisk utvärdering. www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac3396b/1510316350460/introduktion-halsoekonomi.pdf (hämtad 2019-02-25).
3. Huebner J., Prott FJ., Muecke R., Stoll C., Buentzel J., Muenstedt K., et al. Economic evaluation of complementary and alternative medicine in oncology: Is there a difference compared to conventional medicine? Med Princ Pract. 2017;26(1):41–9.
4. Årsredovisning för SBU 2017. Tillgänglig från www.sbu.se
5. Staniszewska S., Werkö S. Patient-Based Evidence in HTA. In: Facey K.M. PHH, Single A., editor. Patient Involvement in Health Technology Assessment 1st ed Singapore: Springer Nature; 2017. p. 43–50.
6. Werkö S., Anderson C. Sweden. In: Facey K.M. PHH, Single A., editor. Patient Involvement in Health Technology Assessment 1st ed Singapore: Springer Nature; 2017. p. 333–47.

7. HTAi Interest Group on Patient and Citizen Involvement in HTA (PCIG). Patient Group Submission Template for HTA of Medicines. Tillgänglig från https://htai.org/interest-groups/ pcig/ resources/for-patients-and-patient-groups/ (hämtad 2019-01-15).

8. Johansson M. När akupunkturen kom till Sverige. Social-medicinsk tidskrift, nr 3. 2004:278–83.

9. Lei L. TCM is going global as more countries show interest. www.chinadaily.com.cn/a/201803/03/WS5a9a99c2a3106e7dcc13f5d6.html. China Daily. 2018.

10. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=12013 (hämtad 2019-02-25).

11. Government asks missions abroad to promote Ayush & Ayurveda. https://economictimes.indiatimes.com/industry/healthcare/biotech/healthcare/government-asks-missions-abroad-to-promote-ayush-ayurveda/articleshow/57270977.cms The Economic Times. 2017.

12. SBU. Meditationsprogram mot stress vid ohälsa. www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/meditationsprogram-mot-stress-vid-ohalsa-/ 2015.

13. Plank K. Mindfulness i svenska kontexter Religionsvidenskabligt Tidsskrift. 2014;61:35–54.

14. Freeman LW. Mosby's Complementary and Alternative Medicine. A Research-Based Approach, 3rd ed.: Mosby; 2008.

15. Svensk gastroenterologisk förening. Riktlinjer. Funktionell mag-tarmsjukdom. http://svenskgastroenterologi.se/riktlinjer/

16. Cochrane Library, sökord Music Therapy. www.cochranelibrary.com/ (sökning 2019-02-28).

17. SBU. Ketogen kost vid epilepsi. www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/ketogen-kost-vid-epilepsi/ 2002.

18. SBU. Diagnos och behandling av epilepsi. www.sbu.se/contentassets/fbdd3dd5237148c988ce02cd2907306d/diagnos-och-behandling-av-epilepsi_281.pdf 2018.

19. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi. Remissversion. www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20884/2018-3-9.pdf 2018.

20. Björk M. Kalvbrässkontroversen. Veterinärmedicinaren Elis Sandberg, cancermedlet THX och skolmedicinen i Sverige från 1952 till 1989. Lychnos Årsbok för idé- och lärdomshistoria. 2016:129–54.

21. Axelsson L. Farligt och omoraliskt av vården att snabbutbilda i akupunktur. www.akupunkturforbundet.se/farligt-och-omoraliskt-av-varden-att-snabbutbilda-i-akupunktur-dags-att-legitimera-akupunktoren/ (hämtad 2019-02-25).

22. Cummings M. Modellvorhaben Akupunktur – a summary of the ART, ARC and GERAC trials. Acupuncture in medicine: journal of the British Medical Acupuncture Society. 2009;27(1):26–30. Epub 2009/04/17.

23. Kalish LA., Buczynski B., Connell P., Gemmel A., Goertz C., Macklin EA, et al. Stop Hypertension with the Acupuncture Research Program (SHARP): clinical trial design and screening results. Controlled clinical trials. 2004;25(1):76–103. Epub 2004/02/26.

24. Macklin EA., Wayne PM., Kalish LA., Valaskatgis P., Thompson J., Pian-Smith MC., et al. Stop Hypertension with the Acupuncture Research Program (SHARP): results of a randomized, controlled clinical trial. Hypertension. 2006;48(5):838-45. Epub 2006/10/04.

17 Klagomålshantering

- I detta kapitel görs en redogörelse för två pågående regeringsuppdrag, ett till Socialstyrelsen och ett till Statskontoret rörande det relativt nya klagomålssystemet i hälso- och sjukvården och de beröringspunkter som enligt utredningens bedömning finns till KAM.
- En genomgång görs även av hur Konsumentverket arbetar med branschöverenskommelser och vägledningar för att ta fram villkor för marknadsföring som fungerar både för företag och konsumenter. Även här gör utredningen bedömningen att det finns flera aspekter som skulle kunna vara värdefulla för KAM.
- En kortare redovisning görs vidare av KAM-branschens arbete med kravställning på medlemmar.

17.1 Bestämmelser om ett nytt system för klagomålshantering

Den 1 januari 2018 trädde nya bestämmelser i kraft rörande klagomålshantering i hälso- och sjukvården. Genom det nya klagomålssystemet har inspektionen för vård och omsorgs (IVO) utredningsskyldighet begränsats. Tyngdpunkten ligger i dag på allvarliga händelser där exempelvis en patient i samband med hälso- och sjukvård har fått permanenta eller oföränderliga besvär. Patientnämnderna har ett utökat ansvar jämfört med tidigare när det gäller att hantera klagomål inom hälso- och sjukvården (se vidare i kapitel 4).

Regeringen anförde i propositionen Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården (prop. 2016/17:122) att den avser att återkomma i frågan om utökat stöd till de patientgrupper som i

dag inte omfattas av patientnämndernas verksamhet. Enligt nuvarande regelverk omfattar patientnämndernas verksamhet inte patienter inom de medicinska delarna av elevhälsan, Statens institutionsstyrelses verksamheter, kriminalvården, viss privat vård och viss tandvård. Regeringen gjorde i propositionen bedömningen att det finns behov av mer underlag för att kunna ta ställning till hur dessa patientgrupper ska kunna få stöd i klagomålsprocessen.

Tjänster utförda av KAM-aktörer omfattas inte av patientnämndernas verksamhet. Det finns dock situationer där metoder tillämpas både inom och utanför hälso- och sjukvården. Detta gäller exempelvis mindfulness och akupunktur. Skulle en utövare inom KAM på något sätt ingå i den offentligfinansierade hälso- och sjukvården omfattas denne av patientnämndernas verksamhet och IVO:s tillsyn. Verksamheten skulle då inte heller betraktas som KAM utan som hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen förstudie om klagomålshanteringen i hälso- och sjukvården

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie bl.a. kring hur patienter och deras närstående ska kunna anmäla klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården på ett enkelt, enhetligt och säkert sätt (dnr S2017/05338/FS). Bakgrunden till uppdraget är bl.a. de nya klagomålsbestämmelserna. Förstudien redovisades den 30 juni 2018 (1).

De nya bestämmelserna innebär, som redovisats ovan, att det i första hand är vårdgivarna som ska ta emot och hantera klagomål och synpunkter från patienter och deras närstående. Patientnämndernas huvuduppgift är att hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivarna och få dessa besvarade. Efter det att patienter har framfört sitt klagomål till vårdgivaren eller patientnämnden kan ärendet, under vissa förutsättningar, utredas av IVO.

I sin förstudie konstaterade Socialstyrelsen att patienters eller deras närståendes klagomål och synpunkter kan bidra till ökad patientsäkerhet och utveckling av vården. Myndigheten konstaterade dock att det finns hinder och utmaningar som försvårar deras involvering och delaktighet. Enligt Socialstyrelsen behöver patienten få en samordnad, tydlig och anpassad information om hur processen ser ut och vart patienten och deras närstående ska vända sig.

Vidare anförs att det är viktigt att den som ska lämna ett klagomål eller en synpunkt själv kan välja det sätt som passar bäst och att vårdgivarna skapar förutsättningar för en god tillgänglighet oavsett behov utifrån exempelvis ålder, funktionsnedsättning, språkbarriärer och interkulturella perspektiv. Socialstyrelsen konstaterade att det finns stora skillnader i landet avseende hantering, uppföljning och analys av klagomål i vården som kan leda till att patienter och närstående upplever processen som otydlig och rättsosäker.

Socialstyrelsen föreslår bl.a. följande i sin förstudie:

- att tydlig, enhetlig och tillgänglighetsanpassad information finns tillgänglig på 1177 Vårdguiden samt hos berörda aktörer.
- att vårdgivare har en tydlig ingång och mottagare för klagomål och synpunkter.
- att det på nationell nivå skapas en möjlighet för patienter och närstående att ringa till 1177 Vårdguiden för att få information och vägledning om klagomålssystemet.
- att 1177 Vårdguiden utvecklar en enhetlig väg in till vårdgivaren för patienter och närstående även när det gäller klagomål och synpunkter på vården.
- att det tas fram ett nationellt ramverk för att säkerställa en enkel, enhetlig och säker klagomålsprocess.
- att det inom ramen för den långsiktiga samverkansstrukturen, med representanter från IVO, patientnämnderna, landsting, regioner och kommuner skapas samsyn kring en gemensam kategorisering av klagomål.
- att frågan om möjlighet att aggregera klagomålsdata hos 1177 Vårdguiden och vilka analysfunktioner som behövs på olika nivåer behandlas i det nationella ramverket.
- att patientnämndernas årliga redogörelse till IVO innefattar data på verksamhetsnivå, vårdgivarenivå och regionnivå.

Uppdrag till Statskontoret om en utvecklad klagomålshantering

Statskontoret har fått i uppdrag av regeringen (dnr S2018/00209/FS [delvis]) att bl.a. föreslå hur de grupper som i dag inte omfattas av patientnämndernas verksamhet ska få stöd i klagomålsprocessen. I dessa grupper ingår patienter som omfattas av de medicinska delarna av elevhälsan, Statens institutionsstyrelses verksamheter, kriminalvården, viss privat vård och viss tandvård. Regeringens bedömning var att det finns behov av mer underlag för att kunna ta ställning till hur dessa patientgrupper ska kunna få stöd i klagomålsprocessen.

Uppdraget delredovisades till regeringen den 1 december 2018 i rapporten *Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården* (2). Statskontoret ska slutredovisa uppdraget den 1 december 2019.

I sin delrapport skriver Statskontoret att det inte ingår i deras uppdrag att utreda om det behövs ett eventuellt stöd för att lämna klagomål på behandlingar som ligger utanför hälso- och sjukvården (2). Statskontoret konstaterar emellertid att det inte är något som hindrar att branschen själv upprättar och administrerar ett gemensamt stöd för patienter som vill lämna klagomål och synpunkter. Enligt Statskontoret skulle branschorganisationer när det gäller behandlingar utanför hälso- och sjukvården kunna ingå överenskommelser med Konsumentverket för att ta fram villkor som kan fungera för både företag och patienter.

17.2 Konsumentverkets branschöverenskommelser och vägledningar

Statskontoret anförde i den delrapport som återges ovan att branschorganisationer när det gäller behandlingar utanför hälso- och sjukvården skulle kunna ingå överenskommelser med Konsumentverket.

I detta avsnitt görs därför en redogörelse för vad som avses med sådana branschöverenskommelser. En genomgång görs också av Konsumentverkets vägledningar, som också kan ses som ett slags ”styrdokument” i konsumentfrågor. En särskild redogörelse görs dels för innehållet i en branschöverenskommelse rörande privat tandvård, dels innehållet i en vägledning rörande personliga tränare. Båda områdena har vissa likheter med KAM-området eftersom det handlar om konsumentfrågor gällande vård och hälsa.

Syftet med branschöverenskommelser

Syftet med branschöverenskommelser är enligt Konsumentverket att ta fram villkor och marknadsföring som fungerar för både företag och konsumenter. Branschöverenskommelser är avtal mellan Konsumentverket och branschorganisationer eller företag. Överenskommelserna innehåller riktlinjer för både företag och konsumenter. De är inte lagstadgade men branscherna förbinder sig att följa riktlinjerna och på så sätt påverka marknaden positivt.

Överenskommelserna gäller ofta utformningen av civilrättsliga standardavtal mellan konsumenter och näringsidkare eller syftar till att säkerställa att regler för marknadsföring på en viss marknad upprättas. Branschöverenskommelserna ses oftast som god sed på marknaden.

Brukligt är att branschöverenskommelsen tecknas med en eller några dominerande branschförbund på marknaden (3). När Konsumentverket tar fram branschöverenskommelser måste myndigheten inledningsvis därför avgöra om det finns en lämplig motpart. Vid val av motpart är ambitionen alltid att få en så bred anslutning som möjligt.

Branschöverenskommelserna återspeglar ofta villkor som motsvarar den rättsliga sakkunskap som Konsumentverket har. Överenskommelserna innehåller vanligen villkor såsom friskrivningar, klagomålshantering och god marknadsföringssed.

Arbetet med branschöverenskommelser anses kräva förberedelser. Branschens befintliga avtalsvillkor och marknadsföring granskas. Resultatet av tidigare genomförda tillsynsinsatser beaktas också. Vidare studeras lagtext, förarbeten och eventuella standarder. Utöver detta analyserar Konsumentverket inkomna klagomål och anmälningar. Klagomål och anmälningar kompletteras därefter med avgöranden från t.ex. Allmänna reklamationsnämnden. Först efter den inledande analysen avgör Konsumentverket om det finns ett behov av en branschöverenskommelse.

Syftet med vägledningar

Konsumentverkets vägledningar beskriver och tolkar innehåll i lagar och förordningar. Syftet är att öka förståelsen för kraven som finns i lagarna. Vägledningarna kan vara riktade mot utövare inom en spe-

cifik bransch. De är inte rättsligt bindande, men anses enligt Konsumentverket kunna vara till hjälp vid bedömning och tillämpning och presenterar verkets uppfattning (3).

Exempel på innehåll i en branschöverenskommelse och en vägledning

Sveriges Privattandläkarförening tecknade 2012 en *branschöverenskommelse* med Konsumentverket. Överenskommelsen kompletterades 2018 (4). Överenskommelsen innehåller bl.a. allmänna skrivningar om att medlemmen, dvs. en vårdgivare eller en tandläkare eller tandhygienist som är verksam i ett tandvårdsföretag, åtar sig att ta tillvara patientens intressen, samråda med patienten i den utsträckning som behövs och är möjligt samt följa de etiska regler som gäller inom branschorganisationen. Vidare anges vilken relevant lagstiftning som ska finnas tillgänglig i mottagningen. Överenskommelsen innehåller också skrivningar om att medlemmen bl.a. ska följa marknadsföringslagen (2008:486) och konsumentkreditlagen (2010:1846).

I överenskommelsen återfinns även rekommendationer om hur information ska ges om pris och behandling och hur prislistan ska synliggöras. Det finns även rekommendationer om när avtal anses ha slutits och hur betalning ska ske. Ett avsnitt i överenskommelsen behandlar reklamationer och fel. Bl.a. finns skrivningar om att klagomål ska besvaras på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålens art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Information finns också om vilka försäkringar som gäller vid patientskada liksom hur tvister mellan en patient och en medlem ska hanteras.

Konsumentverket tog 2016 fram en *vägledning* för personliga tränare (5). Syftet med vägledningen är att förebygga personskador och att förtydliga vad som krävs för att erbjuda en så säker handledning och träning som möjligt. I vägledningen definieras den personlige tränarens ansvar för säkerheten. Vikten av att den personlige tränaren har rätt kompetens samt upprätthåller sin kompetens, betonas. Vidare informeras om att konsumenten måste få tillräcklig information för att kunna bedöma riskerna med aktiviteten. Den personlige tränaren uppmanas även att ta reda på konsumentens fysiska eller medicinska begränsningar och eventuell användning av mediciner. Den personlige tränaren uppmanas bl.a. även att föra träningsdagbok för den enskilde konsumenten och att dokumentera

den egna kompetensen och vidareutbildningen. Vägledningen utgår bl.a. från bestämmelserna i produktsäkerhetslagen (2004:451) och är framtagen i samråd med representanter från branschen.

17.3 KAM-branschens arbete med kravställning på medlemmar

Utredningen har funnit flera olika exempel där branschförbund inom KAM på eget initiativ har tagit fram certifieringssystem, krav på utbildning och försäkring m.m. för att utövaren ska kunna vara yrkesmedlem (kapitel 6). Det finns också flera exempel på branschetiska koder. En genomgång av etiska riktlinjer som återkommer hos branschförbunden, återfinns i kapitel 12.

Utredningens kartläggning över KAM-aktörer som återfinns i kapitel 6, visar att det finns ett stort antal yrkesorganisationer för KAM-utövare i Sverige.[1] Ett drygt trettiotal organisationer har identifierats. Kartläggningen gör dock inte anspråk på att vara heltäckande. Det finns också branschorganisationer och paraplyorganisationer som samlar yrkesorganisationer inom ett eller flera områden inom KAM. Många av yrkesorganisationerna har någon form av förteckning över sina yrkesverksamma medlemmar tillgänglig på sin hemsida och då ofta i form av ett sökbart register. Flertalet av de enskilda branschorganisationerna i vår kartläggning är mindre organisationer med cirka 40–340 medlemmar. Två av organisationerna har fler än 1 000 medlemmar: Skandinaviska förbundet Komplementär Medicin (SFKM) med drygt 1 100 medlemmar samt Kroppsterapeuternas Yrkesförbund (KrY) med cirka 4 300 medlemmar.

Gemensamt för dessa två organisationer är att de organiserar terapeuter inom flera olika områden som svensk klassisk massage, Kilden healingmassage, CNM-massage, hästmassage, taktil terapi, taktil massage, akupunktur, akupressur, aromaterapi, ayurveda, Bowenterapi, fytoterapi, healing, homeopati, kostrådgivning, kinesiologi, näringsterapi, shiatsu m.m. Därutöver kan Svenska Akupunkturförbundet nämnas. Förbundet uppger att de är rikstäckande. Förbundet är helt inriktat på akupunktörer. Organisationerna SFKM,

[1] Kartläggningen gör inte anspråk på att vara heltäckande.

KrY och Svenska Akupunkturförbundet är tre exempel på att utövare inom KAM kan ha resurser och förmåga att ta fram etiska riktlinjer och kvalitetskriterier för sina medlemmar.

När det gäller KrY har organisationen tre olika nivåer för certifikat. För att få ett certifikat på nivå nr 1 krävs att medlemmen har en utbildning från någon av KrY:s godkända utbildningar och att medlemmen följer KrY:s etiska regler. För ett certifikat på nivå nr 3 krävs bl.a. att medlemmen varit yrkesverksam i minst tre år i sin profession och genomgått olika kompetensutvecklande kurser om 60 hp eller motsvarande inom t.ex. basmedicin, idrottsmedicin, traditionell kinesisk medicin m.m. Genom medlemskapet i någon av organisationerna blir också utövarna försäkrade eftersom en medlemsförsäkring ingår.

Svenska Akupunkturförbundet har även de tydliga kriterier för kraven på medlemmarna. Förbundet är öppet för dem som studerat traditionell kinesisk akupunktur enligt förbundets kursplan; akupunkturstudier under minst tre år samt privat eller statlig medicinsk utbildning i anatomi, fysiologi och patologi. I medlemskapet ingår bl.a. patientförsäkring, två årliga vidareutbildningar och listning i förbundets medlemsregister. Medlemmarna ska också följa förbundets etiska stadgar. Som redogörs för i kapitel 5, har Svenska Akupunkturförbundet bl.a. tagit fram riktlinjer för sina medlemmar gällande hygienisk verksamhet och som återfinns i Socialstyrelsens handledning för sådan verksamhet.

I sammanhanget kan även nämnas andra organisationer som Almega/Friskvårdsföretagen, som främst är inriktade på gymbranschen och har prioriterat frågor kring auktorisation, kvalitetssäkring av kompetens och företag. Flera av de träningsmetoder som återfinns inom gymbranschen återfinns även inom SFKM och KrY.

17.4 Utredningens reflektioner

Klagomålssystemet och KAM

Socialstyrelsen och Statskontoret har båda i uppdrag att utvärdera och utveckla den nuvarande klagomålshanteringen inom hälso- och sjukvården.

Enligt Socialstyrelsens förstudie om klagomålshantering i hälso- och sjukvården behöver patienten få en samordnad, tydlig och anpassad information om hur processen för klagomål ser ut och vart patienten och deras närstående ska vända sig. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att ta fram en enhetlig och nationell information som beskriver hur patienter och deras närstående kan klaga på hälso- och sjukvården samt att genomföra insatser för att sprida informationen.

Utredningens bedömning är att sådan information även skulle kunna inkludera information om vad det nuvarande regelverket runt klagomål inte hanterar. Det skulle ge möjligheter att förtydliga vilken roll IVO och Patientnämnderna har och inte har gällande KAM och vilka vägar som finns för enskilda som ser ett behov av att framföra klagomål på KAM-vården. Enligt utredningens bedömning skulle det vara av värde ur ett invånarperspektiv om Socialstyrelsens information om klagomålshanteringering i viss utsträckning hanterar frågor relaterade till KAM.

För en utomstående kan det sannolikt uppfattas som otydligt dels vilken roll IVO har när det gäller KAM-utövare (tillsynsansvar eller inte), dels vilka sanktioner som kan vidtas av myndigheten om missförhållanden i en verksamhet föreligger. Svårigheter finns sannolikt även för en enskild att avgöra om en verksamhet är att betrakta som hälso- och sjukvård enligt lagstiftningens definition eller inte. Vissa metoder utövas exempelvis både innan och utanför hälso- och sjukvården, som akupunktur och mindfulness. De otydligheter som gäller för IVO gäller sannolikt även när enskilda ska bedöma Patientnämndernas roll och befogenheter beträffande KAM-utövare.

Flera av de övriga förslag som Socialstyrelsen lämnar rörande klagomålssystemet är enligt utredningens bedömning också relevanta för KAM, oavsett om KAM-utövare ingår i tillsynen över hälso- och sjukvården eller inte. Nämnas här kan bl.a. Socialstyrelsens förslag om att det ska tas fram ett nationellt ramverk för att säkerställa en enkel, enhetlig och säker klagomålsprocess och att det inom ramen för den långsiktiga samverkansstrukturen, med representanter från IVO, patientnämnderna, landsting, regioner och kommuner skapas samsyn kring en gemensam kategorisering av klagomål. Utredningen lämnar förslag rörande information om klagomålshantering m.m. i kapitel 21.

Branschöverenskommelser och KAM

Även om KAM och personer som uppsöker KAM-utövare inte uttryckligen omfattas av Statskontorets regeringsuppdrag, är det enligt utredningen viktigt att följa och närmare utreda hur patientgrupper som använder KAM ska kunna få stöd i klagomålsprocessen. Detta för att undvika att de helt hamnar utanför klagomålssystemet. Andra frågor av intresse är bl.a. i vilken utsträckning som frågor om KAM uppkommer i patienters möte med hälso- och sjukvården och hur patienter som vill diskutera KAM bemöts. Statskontorets bedömningar kring branschöverenskommelser mellan KAM-aktörer och Konsumentverket är intressanta enligt utredningen. Samtidigt finns det flera utmaningar när det gäller förutsättningarna att teckna branschöverenskommelser för KAM-branschen, inte minst när det gäller att hitta organisationer som är tillräckligt representativa. Bedömningarna kring branschöverenskommelser vidareutvecklas i kapitel 22.

IVO:s uppdrag och KAM

Enligt 7 kap. 23 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska IVO, om de får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn, vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och, om det behövs, göra anmälan till åtal. Denna skyldighet att vidta åtgärder gäller även om någon som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har brutit mot någon av bestämmelserna i 5 kap. 1 §. IVO ska således vidta åtgärder mot KAM-aktörer även om de inte har något formellt tillsynsansvar. De nya klagomålsbestämmelserna innebär att invånarna främst är hänvisade till patientnämnderna. En fråga som då uppstår enligt utredningen är om det nya klagomålssystemet även kan leda till att färre ärenden rörande KAM-aktörer kommer till IVO:s kännedom jämfört med tidigare (IVO hanterar i dag ett fåtal KAM-relaterade ärenden per år, se kapitel 5). Utredningen kommer i slutbetänkandet att återkomma med överväganden och bedömningar mm. rörande IVO:s roll och KAM.

Referenser

1. Förstudie om klagomålshantering i hälso- och sjukvården – Ett enkelt, enhetligt och säkert klagomålssystem som bidrar till lärande, Socialstyrelsen, 2018.
2. Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården, Delrapport, 2018:26, Statskontoret, 2018.
3. Konsumentverket, www.konsumentverket.se/for-foretag/regler-per-omradebransch/ (hämtad 2019-02-25).
4. Konsumentverket, BÖ 2018:02 Sveriges Privattandläkarförening, https://publikationer.konsumentverket.se/produkter-och-tjanster/ovriga-omraden/bo-2018-02-privattandlakarforening-angaende-avtalsvillkor-mm-for (hämtad 2019-02-12).
5. Vägledning – Hur du som personlig tränare kan arbeta för att erbjuda en säker tjänst till din konsument, Konsumentverket, 2016. **Fel! Ogiltig hyperlänkreferens.** (hämtad 2019-02-12).

Del 3

FÖRSLAG

18 Överväganden och reflektioner

Utredningens uppdrag har varit av varierande karaktär. Flera av uppdragen har handlat om att utredningen ska göra olika kartläggningar. I detta delbetänkande återfinns därför omfattande kartläggningar av yrkesorganisationer, utbildningar och vårdgivare inom KAM. I många fall har det varit svårt att få fram exakta siffror, exempelvis när det gäller antalet utövare.

Vi har även redogjort för myndigheternas uppdrag inom KAM, tidigare statliga utredningar om KAM samt gjort internationella utblickar. Därutöver finns även en särskild kartläggning av forskningen inom KAM i Sverige. Vi för också resonemang kring centrala frågor som definitioner och begrepp, etiska aspekter, vetenskaplig utvärdering, ospecifika effekter och de diskussioner om ”för och emot” KAM som förs i den allmänna och akademiska debatten.

Utredningens bedömning är att de kartläggningar av olika områden som berör KAM utgör värdefulla underlag för att öka kunskapen om KAM. Utredningen bedömer även att materialet kan användas som ett viktigt underlag för eventuella framtida initiativ på området och inom utbildning. Utredningens kunskapsunderlag bedöms också kunna bidra till att öka förståelsen mellan hälso- och sjukvården och KAM i syfte att öka patientsäkerheten.

Utredningen har också haft i uppdrag att komma med konkreta förslag på flera områden. Utgångspunkten för förslagen är att de ska vara motiverade och samhällsekonomiskt effektiva för att öka patientsäkerheten för sådan vård som bedrivs inom KAM. Utredningens kartläggning av tidigare initiativ och utredningar visar att ytterst få av förslagen har genomförts. Några frågor har dessutom utretts upprepade gånger. Utredningen har därför valt en pragmatisk ansats. Förslagen ska kunna leda till förbättringar bl.a. när det gäller kunskap och säkerhet rörande KAM, men samtidigt vara relativt enkla att genomföra

Utredningen lämnar i detta delbetänkande förslag om förbättrad information om KAM riktad till både allmänhet, hälso- och sjukvårdspersonal och utövare inom KAM. Vi föreslår flera olika slags informationsinsatser och att informationsmaterial av skiftande karaktär ska tas fram.

Insatser kommer att behöva göras av ett antal olika aktörer; myndigheter, sjukvårdshuvudmän, branschaktörer men även intresseorganisationer. Utredningen anser att det är viktigt att samtliga dessa förslag genomförs samordnat för att uppnå bästa effekt, dvs. ökad säkerhet för alla som på något sätt kommer i kontakt med KAM. Enligt utredningen är det också centralt att KAM-aktörer i samverkan med statliga myndigheter verkar för att konsumentperspektivet stärks och att en samsyn uppnås när det gäller förhållningsregler som KAM-aktörer ska hålla sig till i sitt utövande. Utredningens bedömning är att de föreslagna informationsinsatserna kräver relativt begränsade resurser och kan genomföras i närtid. Vissa av förslagen kan på ett naturligt sätt dessutom inkorporeras i redan pågående myndighetssatsningar och i myndigheternas löpande verksamhet.

Ett annat uppdrag där ett konkret förslag ska lämnas är en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som i dag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård. Utredningen lämnar här inget förslag till ny modell, eftersom vi anser att den policy som finns för införande i hälso- och sjukvården ska vara ursprungsneutral. Vi betonar att de metoder som används i KAM-forskningen måste anpassas frågeställningarna. Våra olika kartläggningar och några av de andra förslag som lämnas, kan utgöra ett värdefullt bidrag när man överväger att införa KAM-metoder i hälso- och sjukvården. Exempelvis föreslår vi att SBU får ett regeringsuppdrag att utvärdera de KAM-metoder som skulle kunna vara aktuella för införande.

Utredningen har också ett omfattande uppdrag som rör en översyn och revidering av de bestämmelser i patientsäkerhetslagen (2010:659) som reglerar vilken vård som personer som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får utföra. I detta uppdrag inryms även att särskilt se över frågor om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar. Författningsförslagen och motiven till förslagen kommer att redovisas i utredningens slutbetänkande. Utredningen anser att det finns ett stort behov av en revidering av

nuvarande lagstiftning. Nuvarande lagstiftning är knappt 60 år gammal och motiven till en del av bestämmelserna är inte längre giltiga. Utredningen ser också behov av förändringar för att på ett bättre sätt än i dag stärka säkerheten för de personer som uppsöker vård som utförs av andra än hälso- och sjukvårdspersonal. Några av förslagen kommer därför innebära tydligare begräsningar i KAM-utövares möjligheter att erbjuda vissa tjänster. Vissa förslag kan dock komma att innebära utökade möjligheter. Avsikten är att förbättra säkerheten för de personer som använder sig av KAM-tjänster men även tydliggöra för KAM-aktörer inom vilka ramar de kan verka.

Utredningen anser att om förslagen som lämnas genomförs bör de även följas upp. Utredningen kommer därför i slutbetänkandet återkomma med ett förslag på hur en sådan uppföljning skulle kunna se ut och som omfattar både de förslag som lämnas i delbetänkandet och de som lämnas i slutbetänkandet.

19 Forskning, utvärdering och införande av KAM-metoder i hälso- och sjukvården

I detta kapitel beskrivs utredningens syn på förbättringsmöjligheter inom KAM-forskningen (avsnitt 19.1) samt på utvärdering och införande av KAM-metoder i hälso- och sjukvården (avsnitt 19.2). I den senare delen lyfts bl.a. ett förslag på regeringsuppdrag till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering att kartlägga behovet samt utföra utvärderingar av KAM-metoder som anses särskilt angelägna att granska i perspektivet eventuellt införande i hälso- och sjukvården.

19.1 Forskning om KAM-system och KAM-metoder

- De forskare som är aktiva inom KAM-området behöver inrikta sig mer på nyskapande forskning och då främst nya relevanta frågeställningar och mer avancerad forskningsmetodik. De begränsade resurser som finns inom KAM-forskning behöver omdisponeras i sådan riktning.
- KAM-branschens medlemsorganisationer bör avsätta medel för egen FoU-verksamhet. Det är inte statens, landstingens eller regionernas uppgift att reglera hur denna forsknings- och utvecklingsverksamhet ska organiseras.
- Införande av enstaka KAM-variabler i redan existerande kvalitetsregister bör stimuleras, bl.a. för att kunna följa upp patientsäkerhetsaspekter (möjliga interaktioner, risk för avbruten behandling ordinerad i hälso- och sjukvården) och utvärdera

nytta och risk med KAM-metoder som kan vara aktuella att ta upp eller utmönstra i hälso- och sjukvården.

- När sjukvårdshuvudmän avsätter projektmedel inom KAM-området bör detta inkludera medel för vetenskaplig utvärdering.
- Samarbetet mellan svenska KAM-forskare behöver breddas och stärkas. Utredningen pekar på existerande utlysningar från Vetenskapsrådet för konstellationer av forskare.

Utredningens uppdrag har varit att kartlägga KAM-forskningen (kapitel 13). I uppdraget har det inte uttalat ingått att presentera förslag rörande forskningen. Under utredningens gång har vi tagit del av en rad synpunkter och förslag som rör forskning inom området integrativ, komplementär och alternativ medicin/vård. Mot denna bakgrund gör utredningen i detta avsnitt några kommentarer och kommer med några förslag som rör KAM-forskningen.

Nyckelpunkter när forskning inom hälsa och sjukvård prioriteras

När vi här kommenterar KAM-forskningen har vi i första hand anlagt ett prioriteringsperspektiv. Vare sig forskningsresurserna är mycket begränsade eller inte, krävs att de prioriteras. Sådana prioriteringar görs inte bara av forskningsfinansiärer utan också av arbetsgivare och av den enskilda forskaren. I allt högre utsträckning är patienter/brukare med i prioriteringsprocesserna. Vilka KAM-områden är mest angelägna att ägna vetenskaplig uppmärksamhet åt? Vilka prioriteringar gör KAM-förespråkare, representanter för hälso- och sjukvården och forskningsfinansiärer? Utredningen har vid sina intervjuer med patientrepresentanter inte fått någon tydlig bild av deras forskningsprioriteringar. Prioriteringar bör även ses horisontellt, där det som bedöms viktigast att beforska prioriteras högst oavsett om det är inom KAM eller ej.

När forskningsfinansiärer tar ställning till forskningsstöd inom det medicinska området brukar de ställa vissa grundläggande frågor, detta oavsett om ansökan gäller KAM-forskning eller mer konventionell medicinsk forskning:

- Är frågeställningen innovativ och relevant?
- Är de bakomliggande hypoteserna rimliga?
- Är metodiken lämpad för att svara på frågeställningarna?
- Är studien genomförbar?
- Är forskarnas kompetens tillräcklig?

Forskningens frågeställningar

Som vi refererar i kapitel 6, har det i Sverige genomförts ett stort antal kartläggningar, i regel enkätundersökningar, av befolkningens och vissa patientkategoriers användning av KAM. Fler svenska studier pågår. Också i den internationella KAM-forskningen rör en mycket betydande del av KAM-forskningen denna typ av kartläggningar (1). Frågeställningarna är sällan originella och i olika länder i Västeuropa och Nordamerika är det allmänna mönstret när det gäller vilka grupper som använder KAM påfallande lika. Ytterligare kartläggningar kan möjligen ge användbar information om olika landspecifika mönster i vilka KAM-metoder som utnyttjas och förändringar över tid i användningen av olika metoder.

Att denna typ av forskning har prioriterats så högt inom KAM-sektorn kan bero på att den kräver endast måttlig metodkunskap samt att den är enkel att genomföra, relativt billig och att resultaten kan användas för att framföra budskap om efterfrågan på KAM. När olika frågeställningar inom svensk KAM-forskning prioriteras, förefaller det inte vara angeläget med fler enkätstudier, såvida de inte används för att följa upp särskilda interventioner.

Som framgår av kapitel 13 har man, inte minst i USA, gjort stora ansträngningar för att dokumentera olika KAM-metoders effekter. Den internationella vetenskapliga litteraturen är mycket omfattande när det gäller vissa KAM-metoder och det är tveksamt i vad mån svensk forskning kan bidra till kunskapsuppbyggnaden, såvida det inte handlar om metoder som inte tidigare utvärderats eller om ny utvärderingsmetodik. När det gäller dessa metoder kan man i stället behöva sammanställa och analysera redan publicerad forskning för att förstå de stora diskrepanserna i studiernas utfall. En sådan utvärdering skulle kunna tydliggöra om ytterligare svensk interventionsforskning behövs och hur den i så fall borde utformas.

Det finns nya KAM-metoder där effekterna är föga studerade. Om det finns ett rimligt teoretiskt underlag, kan det vara angeläget att utvärdera dem i kliniska studier och studera de föreslagna bakomliggande mekanismerna.

Inom det EU-finansierade CAMbrella-projektet noterade man hur det över en 10-årsperiod skett en förskjutning av KAM-forskningens fokus. Från att tidigare främst ha handlat om effekter i kliniska prövningar och mekanismer, har olika forskningsaktörer kommit att intressera sig för ett bredare spektrum av forskningsmetoder. Man har i ökande utsträckning undersökt vad kontexten betyder, säkerhetsfrågor och jämförande studier av effekter av hela vårdsystem i daglig praxis (2).

I CAMbrella framhölls vikten av jämförande *effectiveness-studier*. Som diskuteras nedan, finns goda erfarenheter av att i svensk hälso- och sjukvård bygga upp denna typ av forskning baserad på kvalitetsregister. Att etablera en sådan struktur kräver dock tid, resurser och engagemang. Lyckas det skulle det kunna vara ett område där svensk KAM-forskning kunde framstå som ledande (se nedan).

Ett av utredningens uppdrag är att föreslå en policy för att införa metoder från KAM-området i hälso- och sjukvården. Förutom de specifika krav som diskuteras i avsnitt 19.2 så finns det, enligt utredningens mening, anledning att undersöka i vad mån det finns särskilda komponenter i ”KAM-kulturen” som hälso- och sjukvården kunde ta till sig. I denna typ av forskning är det angeläget att beakta skillnader i andra faktorer än själva terapin som kan påverka utfallet. Det kan t.ex. handla om patientsammansättning, resursåtgång eller ekonomiska förutsättningar.

Rimligheten i bakomliggande antaganden

Många KAM-förespråkare frågar om inte vetenskapssynen i svensk medicinsk forskning är alltför snäv – implicit att den inte drivs av tillräcklig öppenhet för nya förklaringsmodeller. Detta är givetvis beroende på vilket perspektiv man utgår från. Mest tydligt är detta i inställningen till hur kvantfysik, kaosteori, parapsykologiska fenomen, etc. kan förklara vissa KAM-metoders effekter. Det finns KAM-förespråkare som lyfter fram de förklaringsmodeller som den nya fysiken öppnar för.

I våra intervjuer har de allra flesta forskare och medarbetare i hälso- och sjukvården, liksom forskningsfinansiärer, ställt sig synnerligen skeptiska till dessa förklaringsmodeller. Utredningen anser också dessa förklaringsmodeller vara alltför orimliga för att satsa offentliga resurser för empiriska studier baserade på dem. Till detta ställningstagande bidrar att inte ens i de miljardsatsningarna på KAM-forskning som gjorts i USA har några nämnvärda medel avsatts till forskning kring den nya fysiken och dess relation till KAM-metoder.

Medan den nya fysiken visserligen ger hypoteser om verkningsmekanismer baserade på vetenskapliga rön, finns det andra metoder som står i direkt strid med kända fysikaliska, kemiska, biologiska och psykologiska fakta. Vissa av dem, främst homeopatin, har varit föremål för mycket omfattande internationell forskning som snarast ökat än minskat förvirringen kring om metoderna är verksamma eller inte[1]. Vi bedömer att det inte är rimligt att prioritera svensk forskning på KAM-metoder vars föreslagna bakomliggande mekanismer står i direkt strid med kända vetenskapliga rön från biologin, psykologin, fysiken, kemin eller andra grundvetenskaper.

Det finns KAM-metoder som har sitt ursprung i äldre filosofier och kulturer, framför allt från Kina och Indien. När de anpassats till nutida västerländska förhållandena, har de bakomliggande filosofierna och uppfattningarna om orsakerna till hälsa och ohälsa ofta tonats ner eller helt skalats bort. Exempel är akupunktur, qigong och medicinsk yoga utövad av svenska fysioterapeuter och mindfulness utövad av psykologer. Ett annat exempel är hur osteopater i USA har fått en erkänd ställning liknande läkarnas sedan de ursprungliga kontroversiella teorierna om verkningsmekanismer tonats ner.

Det är vanligt att KAM-företrädare kritiserar att terapierna lyfts ur sitt större sammanhang och att hälso- och sjukvårdspersonal som utövar KAM-metoder inte har tillräckligt djup metodutbildning; detta skulle kunna förklara varför de inte alltid är verksamma. För vissa av terapierna finns också någorlunda rimliga förklaringar till varför de skulle kunna ha biologiska och/eller psykologiska effekter. Därför skulle viss forskning kring hur de fungerar i svensk kontext kunna motiveras.

Rimligheten kan också bedömas utifrån tidigare observationer. Även om bakomliggande förklaringsmodeller om energiflöden, energiobalans och andliga egenskaper hos naturprodukter inte förefaller

[1] I utredningens expertgrupp finns deltagare som tagit avstånd från denna bedömning.

rimliga utifrån dagens vetenskap, kan det finnas tidigare iakttagelser som gör ytterligare studier intressanta. Det kan också finnas alternativa, mer rimliga förklaringar än de ursprungliga till att metoden har effekter (ett uppenbart exempel är akupunktur).

Som vi beskrivit i kapitel 15, ger KAM-forskningen upphov till många intressanta frågor kring ospecifika effekter, t.ex. placeboeffekter. Medan placebo ofta betraktas som en störfaktor i konventionell klinisk forskning, kan ospecifika effekter (placeboeffekter i bred mening) också betraktas som en möjlighet att förstärka effekter av verksam terapi eller vara en tillgång i sig. Vår bedömning är att det här finns utrymme för åtskillig angelägen forskning. I vad mån inverkar gynnsamma och ogynnsamma ospecifika effekter (exempelvis förväntanseffekter) på resultaten av vården?

Forskningsmetodik och genomförbarhet

Som vi redogjort för i kapitel 14, finns från KAM-håll åtskillig kritik mot hur de flesta av dagens kliniska utvärderingar bedrivs. Man förespråkar andra utvärderingsmetoder och efterlyser mer fokus på patientupplevda utfall. Vi tar här upp fem teman:

1. Randomiserade prövningar
2. Observationsstudier
3. Kvalitetsregister
4. Kvalitativa studier och patienternas egna berättelser
5. Patientupplevda utfall.

Randomiserade studier

Det finns kritik mot randomiserade studier bland många KAM-förespråkare (se kapitel 14). Vår uppfattning är ändå att man, även när man väljer pragmatiska interventionsstudier, måste jämföra grupper som verkligen är jämförbara. Detta åstadkoms bäst med hjälp av randomisering. Genom avgränsning av kriterierna för att ta med deltagare i studien, kan man utesluta deltagare som uppenbart inte är lämpliga för KAM-terapin i fråga.

Observationsstudier

KAM-företrädare brukar lyfta fram värdet av observationsstudier som *outcome research* och *effectiveness studies*. De framhåller också värdet av *comparative effectiveness* research, som kan genomföras både som prospektiva jämförande studier eller som observationsstudier. Detta är till stora delar överlappande begrepp som rör studier för att ta reda på om en metod fungerar i den kliniska vardagen (och i så fall hur stora de effekterna är) snarare än i kliniska prövningar. I utredningen finner vi detta vara intressanta ambitioner och ser gärna att den typen av KAM-forskning stärks.

Graderingen av olika studietypers olika vetenskapliga tyngd har beskrivits som hierarkisk (3). Som vi diskuterar i kapitel 14 och avsnitt 19.2 kan hierarkin inte få vara dogmatisk. För vissa frågeställningar kan väl genomförda observationsstudier få större tyngd än randomiserade prövningar (RCT). Ett exempel är när långsiktiga effekter av olika levnadsvanor som matvanor, tobaks- och alkoholbruk eller stress studeras. Då skulle det krävas RCT över årtionden och de är sällan eller aldrig genomförbara. Observationsstudier där man tar hänsyn till en rad tänkbara påverkansfaktorer, som t.ex. kön, ålder, utbildningsnivå och andra socioekonomiska faktorer, har större utsikt att ge användbar information. Ett annat exempel gäller sällsynta biverkningar av en terapi. Chansen att dessa dyker upp i en RCT är begränsad, det är vid uppföljning i klinisk praxis i större skala som de kan avslöjas. Många KAM-metoder och KAM-system syftar till att förebygga ohälsa. Här behövs fler välgjorda observationsstudier där stora grupper följs under lång tid för att avgöra om antagandena om förebyggande effekter kan beläggas eller inte. Detta ställer i sin tur krav på hög kvalitet över lång tid när data inrapporteras.

Om resultaten av observationsstudier ska ligga till grund för klinisk praxis i hälso- och sjukvården måste ett par förbehåll göras:

- Om man jämför grupper i observationsstudier bör jämförelserna vara rättvisa. Det innebär att man måste ta hänsyn till alla viktiga samverkande faktorer som kan påverka utfallet, något som i sin tur innebär att de databaser man använder ska innehålla tillräckligt mycket information och variablerna ska vara väl validerade.

- Många KAM-terapier innebär upprepade terapisessioner och kan kräva betydande resurser. Det är därför rimligt att jämföra med lika intensiva insatser med en redan existerande terapi (”best practice”), detta för att kunna ta hänsyn till ospecifika effekter.

Kvalitetsregister

Observationsstudier används i stor utsträckning i dagens medicinska forskning, framför allt i den internationellt uppmärksammade kliniska forskning som bygger på de svenska nationella kvalitetsregistren. För att motsvarande studier skulle kunna göras inom KAM-området är ett avgörande hinder att det saknas nationella kvalitetsregister av motsvarande dignitet. Vi har i utredningen inte identifierat några sådana register inom KAM-området. Inte heller har vi i våra intervjuer träffat på några initiativ från branschen eller från forskare med KAM-profil att etablera sådana register. Däremot planeras ett pilotprojekt vid Regionalt Cancercentrum Stockholm/Gotland (RCC), som kommer att genomföras under 2019, där man vill undersöka hur och om det är möjligt att kartlägga KAM användning över tid hos cancerpatienter via patientrapporterade data. Deras långsiktiga mål är att bygga upp en databas kring KAM-användning för att, som vid kvalitetsregister, kunna följa användningen över tid samt bedriva forskning kring risker och nytta hos cancerpatienter.

De nationella registren är i dag avgränsade till hälso- och sjukvård, som den beskrivs i lagstiftningen. Det är därför oklart i vilken utsträckning ett KAM-register skulle kunna få stöd från samverkansgruppen för nationella kvalitetsregistren. Däremot kan det finnas flera skäl för att i existerande kvalitetsregister inkludera enstaka variabler som rör användning av KAM, detta utan att man gör avkall på kravet om att det ska handla om hälso- och sjukvård: (a) patientsäkerhetsaspekter (möjliga interaktioner, risk för avbruten behandling ordinerad i hälso- och sjukvården), (b) utvärdering av KAM-metoder som kan vara aktuella att eventuellt tas upp i hälso- och sjukvården, (c) utvärdering av sådana KAM-metoder som delvis tagits upp i hälso- och sjukvården och som kan vara aktuella antingen för breddinförande eller utmönstring, samt (d) kunskapsuppbyggnad om samspelet mellan hälso- och sjukvård och KAM. Ett exempel på ett register som i dag innehåller KAM variabler är det medicinska

födelseregistret (ett hälsodataregister som förvaltas av Socialstyrelsen). Detta register inkluderar akupunktur, bad och ”hypnos/suggestion” som smärtlindring under förlossning.

Vi har i utredningen mött både positivt och negativt gensvar på tankar kring KAM-variabler i kvalitetsregister. Fördelarna är bl.a. möjligheten att bedriva forskning om risker och nytta med olika metoder och möjligheten att följa upp användningen av KAM-metoder ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Den nackdel som framför allt lyfts är den potentiella risken att man legitimerar metoder som inte har visad effekt.

Baserat på den omfattande användningen av KAM-metoder i befolkningen (avsnitt 6.5) och den bristande kunskapen om risker och nyttoeffekter är utredningens uppfattning att det finns ett övervägande positivt värde med att inkludera KAM-variabler. Allt fler av de existerande kvalitetsregistren innefattar patient/brukarrapporterade uppgifter om såväl processer och utfall (inklusive tillfredsställelse med vården, funktion och hälsorelaterad livskvalitet). Många följer också patienterna över lång tid.

Det enklaste och billigaste vore därför att lägga till någon eller några få processvariabler som rör KAM-metoder till redan existerande kvalitetsregister. Här finns möjligheter för registeransvariga och KAM-forskare att ta upp en dialog om samarbete. Utredningens förslag är att det finns några få standardiserade variabler – om patienten använder någon KAM metod, några preciserade alternativ på KAM-metoder samt en fråga om huruvida KAM-användning gjort att patienten avbrutit annan behandling. För att ytterligare underlätta införandet av variabler och framhålla vikten av att sådana införs, anser utredningen att staten, sjukvårdshuvudmännen och SKL skulle kunna lyfta in frågan i den gemensamma nationella kvalitetsregistersatsningen och där öronmärka medel.

Beträffande ledning och finansiering av registerbaserad forskning är det mest närliggande att branschen, t.ex. genom de större yrkesorganisationerna, själv tar ansvar för detta.

Kvalitativa studier och patientberättelser

I Sverige finns viss kvalitativ forskning inom KAM-området. Denna tycks bedrivas på ungefär samma villkor som annan kvalitativ forskning och har sitt fokus framför allt på hur de vårdsökande upplever sin ohälsa och sin behandling samt på vårdpersonalens uppfattning om KAM. Detta förefaller vara forskning som bedrivs med etablerad kvalitativ forskningsmetodik och vi har inte uppfattat att det finns särskilda metodologiska svårigheter förknippade med att forskningen gäller just KAM-området. Denna forskning bör enligt utredningens mening bedrivas på samma villkor som annan kvalitativ forskning av liknande typ.

I utredningens intervjuer med KAM-utövare har det förekommit att man efterlyst mer av patienternas egna berättelser (”verkligheten”) i vetenskapliga studier inom KAM-området. Det finns också KAM-förespråkare som önskar att utvärderingsmetoder från konventionell medicinsk forskning kombineras med patientberättelser (en form av ”mixed methods”). Vi vill påpeka att de önskemål som framförts om att forska kring patientens egna berättelser åtminstone delvis täcks in av den gren av den kvalitativa forskningen som benämns *fenomenologisk hermeneutik*, där intresset riktas mot levda erfarenheter, inte mot personen (4). Fenomenologisk hermeneutik är väl etablerad som forskningsmetod i Sverige.

Patientupplevda utfall

Utredningen finner att kritiken mot alltför svagt fokus på patientupplevda utfall i medicinsk forskning åtminstone delvis är förlegad. De allra flesta väldesignade kliniska prövningarna innefattar i dag patientrapportade utfallsmått om bl.a. funktion och hälsorelaterad livskvalitet. Många av de ”äldre” utfallsmåtten som överlevnad, biverkningar och återinsjuknande är i hög grad relevanta för patienten. Kvalitativa studier fokuserade på patientupplevelser av själva behandlingen kan tillföra viktig ny kunskap.

Forskningskompetens

Det övergripande intrycket av utredningens bibliometriska genomgång av svensk KAM-forskning är att volymen är begränsad men att den genomsnittliga kvaliteten ligger i paritet med internationell KAM-forskning. Det är svårt att, utöver möjligen kvinnohälsa, identifiera något specifikt område där svensk KAM-forskning utmärker sig genom särskilt hög aktivitet. Detta med reservation för att det finns svensk forskning inom KAM-området som inte klassificeras under rubriken *Complementary Medicine* i Medline och således inte täckts in av de bibliometriska analyserna (bilaga 6).

En vanlig uppfattning vi mött i våra intervjuer är att KAM-forskningen måste byggas utifrån sina egna villkor. Dessa skulle bl.a. innefatta särskild kunskap om sakområdet och särskilt anpassad forskningsmetodik. Särskild finansiering är också ett vanligt önskemål.

Utredningen stödjer uppfattningen att all kliniskt inriktad forskning gynnas av att det finns särskild kompetens inom sakområdet. Sådan kompetens finns tillgänglig i Sverige. Däremot är vår bedömning att tillgången på spetskompetens inom forskningsmetodik är synnerligen begränsad inom KAM-området.

Omvårdnadsforskningen kan vara ett exempel på hur man framgångsrikt byggt upp forskning av god kvalitet och med hög relevans för vården. I uppbyggnadsskedet samarbetade omvårdnadsforskarna med etablerade forskare inom medicin och samhällsvetenskaper. Vissa initiativ till sådant samarbete finns också inom KAM-området, men de har hittills givit få avtryck i den internationella KAM-litteraturen. För att stärka KAM-forskningens kvalitet är det angeläget att mer omfattande samarbete med ledande kliniska forskare och tvärvetenskapliga forskningssamarbeten etableras.

Den bibliometriska analysen har visat att de flesta svenska KAM-forskargrupperna är små och har begränsat samarbete sinsemellan (kapitel 13). Det finns vissa existerande möjligheter att söka bidrag för större forskningssamarbeten på nationell nivå som kunde vara intressanta när KAM-forskare önskar etablera större samarbeten. Så t.ex. ger Vetenskapsrådet (VR) bidrag till forskningsmiljöer inom klinisk behandlingsforskning. Med behandlingsstudier avser VR såväl interventions- som observationsstudier. Man inkluderar områden som prevention, diagnostik, uppföljning, implementering, omvårdnad och rehabilitering. De frågeställningar och metoder som tillämpas

inom KAM-forskningen (se kap. 13) förefaller ligga väl inom ramen för VR:s utlysningar. VR utlyser även andra anslag som kunde vara intressanta för KAM-forskare, t.ex. bidrag till tvärvetenskapliga forskningsmiljöer. Ett intressant nationellt samarbetsinitiativ är Svensk Forum för Integrativ Onkologi, vars första konferens (2018) ägnades år forskningsfrågor. Andra forskningsfinansiärer, t.ex. Cancerfonden, har särskilda anslag för att etablera nationella planeringsgrupper.

Internationella perspektiv på forskning

I WHO:s *Traditional Medicine Strategy for 2014-2023* (5) uppmanas medlemsstaterna att utveckla en nationell forskningsagenda som erkänner och inkluderar olika typer av forskningsmodeller när det är relevant. Strategin säger också att medlemsstaterna ska främja forskning, utveckling och innovation. En vanlig tolkning bland de KAM-förespråkare vi intervjuat är att särskilda statliga forskningsmedel ska öronmärkas för forskning inom traditionell, integrativ, komplementär och alternativ medicin och vård. Bland andra aktörer, t.ex. forskningsfinansiärer, har vi mött uppfattningen att KAM-forskning ska konkurrera om medel på samma villkor som annan forskning och då utifrån de kvalitetskriterier som beskrivs i avsnitt 14.5. Detta innebär att KAM-forskning inte får *a priori* åsidosättas när forskningsmedel fördelas.

Det finns internationella exempel på att kompetens inom KAM-forskningen samlats till ett nationellt centrum (NAFKAM i Norge) eller att ett nationellt centrum huvudsakligen fördelar forskningsmedel till KAM-forskning till universitet och andra institutioner (NCCIH i USA), se vidare i kapitel 13.

En extern utvärdering av forskningen vid NAFKAM år 2013 drog slutsatsen att den höll rimlig kvalitet. Det fanns dock kritik mot dess relevans för patienter, befolkning, hälso- och sjukvård och myndigheter och mot att forskningen var snävt inriktad (6). Vid utredningens besök vid NAFKAM berättade man hur man tagit till sig den externa granskningens kritik, bl.a. har man nu fokuserat mer på klinisk forskning och på systematiska översikter.

Som framgår i kapitel 13 har man i USA gjort en mycket stor ekonomisk och långvarig satsning på KAM-forskning och forskning

på integrativ medicin. Hur medlen används och hur mycket relevanta resultat den resulterar i är kontroversiellt, inte minst bland KAM-företrädare. Utredningens bedömning är att, om man önskar etablera ett nationellt forskningscentrum, så är den norska modellen att föredra.

Utredningens bedömningar

Utredningens uppdrag har varit att kartlägga KAM-forskningen men inte att komma med förslag rörande forskningen. I våra intervjuer med forskare och andra engagerade i KAM-sektorn har ett mycket vanligt önskemål varit att särskilda medel avsätts för att stärka KAM-forskningen. Om vi i utredningen föreslår kostnadsökningar för det offentliga ska vi föreslå finansiering inom befintliga ramar. Mot denna bakgrund och de iakttagelser vi gjort under utredningens gång ger vi ändå ett fåtal förslag som rör KAM-forskningen.

- KAM-forskarna behöver inrikta sig mer på nyskapande forskning: nya relevanta frågeställningar och mer avancerad forskningsmetodik. De begränsade resurser som finns inom svensk KAM-forskning behöver omdisponeras i sådan riktning.
- KAM-branschen – eller mer närliggande dess medlemsorganisationer – bör avsätta medel för egen FoU-verksamhet. Det är inte statens, landstingens eller regionernas uppgift att reglera hur denna forsknings- och utvecklingsverksamhet ska organiseras.
- Införande av enstaka KAM-variabler i redan existerande kvalitetsregister bör stimuleras, bl.a. för att kunna följa upp patientsäkerhetsaspekter (möjliga interaktioner, risk för avbruten behandling ordinerad i hälso- och sjukvården) och utvärdera nytta och risk med KAM-metoder som kan vara aktuella att ta upp eller utmönstra i hälso- och sjukvården.
- När sjukvårdshuvudmän avsätter projektmedel inom KAM-området bör detta inkludera medel för vetenskaplig utvärdering. Anslagsgivaren bör ställa krav på att sådana utvärderingar genomförs och att resultaten görs brett tillgängliga.

- Eftersom utredningen inte kan föreslå större ofinansierade insatser, tar vi inte ställning till frågan om det ska etableras ett nationellt centrum för forskning inom integrativ, komplementär och alternativ medicin och vård. Däremot uppmanar vi forskare inom KAM-området att utnyttja redan existerande möjligheter att få stöd från Vetenskapsrådet för att etablera forskningsmiljöer.
- De nationella yrkesorganisationerna inom KAM-området kan verka för branschfinansierade forskningsfonder. Även om denna utredning inte innefattar legitimationsyrken, vill vi nämna Stiftelsen LKR Forskningsfond (Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation) som exempel. Mindre KAM-organisationer kan samverka med varandra.

19.2 Policy för att införa metoder från KAM-området i hälso- och sjukvården

- Utredningen anser att den modell för att införa nya metoder som byggts upp i offentligt finansierad hälso- och sjukvård kan tillämpas också på de KAM-metoder som skulle vara aktuella att införas i hälso- och sjukvården. Denna modell bör vara ursprungsneutral, dvs. det bör inte införas något särskilt spår för att introducera metoder med KAM-bakgrund.
- När hälso- och sjukvården överväger att införa metoder från KAM-området, bör man utgå från grundprinciperna i den etiska plattformen för prioriteringar, fastställd av riksdagen, och den nationella prioriteringsmodellen.
- SBU bör få ett regeringsuppdrag med särskilda resurser att göra en inventering av vilka KAM-metoder som är mest angelägna att utvärdera i perspektivet eventuellt införande i hälso- och sjukvården. Baserat på resultaten av inventeringen kan sedan SBU inom ramen för ett fortsatt regeringsuppdrag utvärdera och sprida kunskap om de prioriterade KAM-metoderna.

Utredningens överväganden

Ett av utredningens uppdrag har varit att ”… lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som i dag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård”.

I sin genomgång av några metoder som tidigare betraktades tillhöra KAM-området men som numera åtminstone delvis införts i svensk hälso- och sjukvård (kapitel 16), kunde utredningen konstatera att det saknas ett gemensamt mönster för hur de kommit att accepteras i hälso- och sjukvården. Några bakomliggande faktorer tycks ha varit:

- De metoder som har sitt ursprung i andra kulturer har anpassats till västerländsk medicin, bl.a. genom att bakomliggande förklaringsmodeller helt eller delvis skalats bort.
- Det vetenskapliga underlaget för patientnytta har stärkts över tid – antalet studier och/eller deras kvalitet har ökat.
- Det har funnits ett utbrett allmänt intresse för metoden och/eller dess bakomliggande livsfilosofi.
- Svenska forskare och vårdprofessioner har förmedlat intresse för och kunskap om metoden.
- Metoder som bygger på filosofier som står i uppenbar strid med etablerad vetenskap har inte tagits upp av hälso- och sjukvården.

Ingen av dessa faktorer tycks dominera över de andra. I stället är det utifrån exemplen påfallande att olika faktorer haft olika tyngd när respektive metod införts i hälso- och sjukvården. Ofta har ett par av faktorerna samverkat.

Vi konstaterar att den genomgång vi gjort utifrån några exempel av vilka KAM-metoder som vunnit insteg i hälso- och sjukvården inte föranleder någon justering i nuvarande policy för införande av metoder i hälso- och sjukvården (kapitel 16).

Som vi beskrivit i kapitel 10 finns bland KAM-förespråkare uppfattningar om ytterligare hinder, t.ex. att hälso- och sjukvården karaktäriseras av en inskränkt vetenskapssyn, brist på vetenskaplig nyfikenhet, brist på helhetssyn och brist på individuellt perspektiv. Utredningen delar inte dessa generaliserande omdömen. Det ska

dessutom påpekas att lagstiftningen sätter gränser för vilka åtgärder/metoder legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan tillämpa.

Innan vi diskuterar vilka processer som mer allmänt finns för att ta upp nya metoder i hälso- och sjukvården i förhållande till KAM, nämner vi några kriterier som föreslagits men som vi inte anser kan ligga till grund för att ta upp en metod i hälso- och sjukvården.

- Några KAM-system och KAM-terapier bygger på mycket gamla filosofier och behandlingstraditioner. Att en viss behandlingsmetod eller ett terapisystem har urgamla anor och därför bör införas i svensk hälso- och sjukvård är ett argument som vi i utredningen ställer oss skeptiska till. Hälso- och sjukvårdens problem är snarare det motsatta – alltför många metoder som i dag används bygger på beprövad erfarenhet. När forskning visar att de inte är verksamma, är sämre än nytillkomna metoder eller inte längre är kostnadseffektiva i förhållande till nya terapier, måste de utmönstras för att ge plats för de effektivare metoderna (7, 8). Långvarig erfarenhet av en viss terapi kan visserligen säga en del om möjliga risker. Men även terapier med tusenåriga traditioner har visat sig kunna medföra livshotande risker (9).
- Länge baserades användningen av olika metoder i hälso- och sjukvården enbart på fallbeskrivningar. När det väl kom forskningsmetoder som mer systematiskt kunde utvärdera gynnsamma och ogynnsamma effekter av en terapi, visade det sig att många av de metoder som byggde på fallbeskrivningar helt enkelt inte höll vad fallbeskrivningarna lovade. Att införa en ny metod i hälso- och sjukvården baserat enbart på fallbeskrivningar anser vi vara ett steg tillbaka i den vetenskapliga utvecklingen. Fallbeskrivningar diskuteras i kapitel 14. De kan vara av olika typ och kvalitet och inte sällan kan de ge uppslag till andra typer av forskning. Att basera prioriteringar i vården på denna typ av observationer ökar dock, enligt vårt sätt att se på saken, risken för en efterfrågesnarare än behovsstyrd vård, detta i strid med de grundläggande prioriteringsprinciperna.

I svensk hälso- och sjukvård finns system och organisationer för kunskapsstöd både på nationell regional och lokal nivå, beskrivna i utredningen Kunskapsbaserad och jämlik vård Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (10). Det system som i dag finns för

att införa nya metoder i hälso- och sjukvården och för att utmönstra förlegade metoder bygger på (a) de prioriteringsetiska grundprinciperna, (b) användningen av GRADE för att sammanfatta det vetenskapliga underlagets styrka samt (c) den nationella prioriteringsmodellen för att rangordna åtgärder (kapitel 16). Principerna och modellen har haft långtifrån fullständigt genomslag i hälso- och sjukvården; andra, mindre tydligt uttryckta faktorer kan också spela in när nya metoder införs. Men detta ska betraktas som avvikelser och är inte avgörande invändningar mot modellen i sig.

Den nationella prioriteringsmodellens krav på vetenskaplig dokumentation har inneburit en försiktighet när nya metoder införs. Modellen och dess underliggande principer har också inneburit att man kunnat utmönstra förlegade metoder ur hälso- och sjukvården. Vi menar att samma synsätt skulle vara en tillgång också när KAM-metoder bedöms.

Utredningen anser att en policy för att introducera nya metoder i svensk hälso- och sjukvård bör vara ursprungsneutral. Något särskilt spår för att introducera metoder med KAM-bakgrund bör inte finnas.

I utredningen ifrågasätter vi således inte lagstiftningens krav att hälso- och sjukvården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, detta trots att begreppet har kritiserats för att inte vara tillräckligt precist. Detta diskuteras i kapitel 14. Några aspekter av metodutvärdering inför beslut om införande i hälso- och sjukvården diskuteras nedan.

Sammanvägning av evidens

I det internationella GRADE-systemet för evidensgradering (11), uppbackat av WHO (12), utgår man från att olika typer av vetenskapliga studier har olika grad av tillförlitlighet för att besvara en viss fråga. I GRADE-samarbetet deltar över 100 organisationer världen över, däribland Socialstyrelsen och SBU. GRADE kan inte ses som ett statiskt system utan utvecklas fortsatt och anpassas till bl.a. utvecklingen av nya studiemetoder (13). Inom GRADE-samarbetet har man arbetat med utvecklingen av evidensgraderingen vid komplexa/integrerade interventioner, däremot inte specifikt med system för utvärdering av KAM-metoder.

I GRADE bedöms risken för bias (snedvridning av resultaten) som lägre i randomiserade interventionsstudier jämfört med observationsstudier (där många samverkande faktorer kan påverka resultatet). Enstaka fallbeskrivningar har enligt GRADE svagt vetenskapligt bevisvärde. Som vi diskuterar nedan kan rangordningen mellan olika studietyper påverkas av de frågeställningar som besvaras och de enskilda studiernas kvalitet. Ett av GRADE-kriterierna gäller relevans/överförbarhet. Det är inte ovanligt att randomiserade prövningar utförts under så speciella omständigheter att resultaten inte utan vidare kan överföras till klinisk praxis – studierna tillmäts då lägre vetenskapligt bevisvärde (kapitel 16).

Det har föreslagits att man i utvärderingen av KAM-metoder bör väga samman evidens från olika typer av studier på annat sätt än vad man i dag gör inom GRADE. Olika studieupplägg och forskningsmetoder, var och en med sina styrkor och svagheter, skulle då beaktas för att nå fram till ”pragmatisk evidens” (utan hierarki i evidensstyrka mellan metoderna). Denna ”cirkulära modell” skulle vara särskilt lämpad när det gäller att utvärdera komplexa interventioner som det ibland är fråga om inom KAM-området men också inom hälso- och sjukvården (3).

Enligt utredningens bedömning är GRADE-systemet i grunden väl ägnat för att bedöma hur tillförlitliga de sammanställda resultaten är när man ska ta ställning till om en ny metod ska införas i hälso- och sjukvården. Vi har svårt att acceptera en långt gången relativisering av den vetenskapliga tyngden hos olika typer av studiedesign. Som vi diskuterar nedan, är det dock angeläget att studiedesign anpassas till frågeställningar och till studiens syfte.

Pragmatiska prövningar

Det finns ett kontinuum från så kallade explanatoriska till pragmatiska kliniska prövningar (14). Som redovisas i kapitel 14 har det föreslagits att KAM-system och KAM-metoder skulle vara särskilt väl lämpade att studeras i pragmatiska kliniska prövningar, där man så långt som möjligt försöker hålla sig till hur en metod är tänkt att tillämpas i klinisk vardag (hög relevans) (3). Ofta testar man i pragmatiska prövningar ett helt koncept (komplex intervention) utan att

identifiera exakt vilka komponenter som bidrar till resultatet. För att få rättvisande jämförelser görs i regel någon form av randomisering.

I utredningen anser vi att dikotomin mellan explanatoriska (ibland kallade mekanistiska) och pragmatiska prövningar är förenklad. En bättre ansats är att anpassa studiedesignen till den kliniska prövningens syfte, som inkluderar metodens möjligheter att tillämpas i daglig praxis. Vi anser att resultaten från väl genomförda randomiserade pragmatiska prövningar kan utgöra underlag för att ta ställning till om en KAM-metod ska introduceras i hälso- och sjukvården eller inte. Prövningarna kan även gälla hela vårdsystem, inklusive olika former av integrativ vård.

Effektivitet och observationsstudier

Som diskuteras i kapitel 14, motsvaras det svenska begreppet effektivitet dels av effekter under optimala betingelser i kliniska prövningar, dels av effekter i daglig klinisk praxis. När det vetenskapliga underlaget för en metod bedöms finns det uppenbara fördelar med att ta hänsyn till såväl effekter i randomiserade kliniska prövningar med kontrollgrupp (*efficacy*) som effekter i observationsstudier genomförda i klinisk vardagsmiljö (*effectiveness*). Förenklat kan man säga att om såväl *efficacy* som *effectiveness* dokumenterats, kan metoden stå stark beträffande det vetenskapliga underlaget (en separat fråga är sedan hur stor den dokumenterade effekten är – är effektstorleken kliniskt relevant?). När ett nytt läkemedel införs i vården har alltid *efficacy* men sällan *effectiveness* dokumenterats – då är uppföljningsstudier av hur läkemedlet fungerar i klinisk praxis angelägna. Samma förhållande gäller en hel del icke-farmakologiska metoder i vården.

För KAM-metoder är förhållandet ofta det motsatta. Det finns stöd/indikationer i observationsstudier för en gynnsam effekt men efficacystudier saknas eller de har givit negativa eller motstridiga resultat. Det uppstår ofta frågor om observerade effekter är specifika för den aktuella metoden eller om de är ospecifika. Vid prioriteringar behöver man då bl.a. ta ställning till om de resurser som metoden upptar nyttjas bättre på annat sätt samt, i de fall det handlar om uttalade ospecifika effekter, om detta är gott nog.

På grund av risken för att faktorer man inte har kontroll över påverkar resultaten, brukar resultaten från observationsstudier tillmätas mindre tyngd jämfört med interventionsstudier. I GRADE-systemet för evidensgradering finns dock utrymme att ge observationsstudier större tyngd, t.ex. om den observerade effekten är stor och/eller om det finns ett dos-responsförhållande, det vill säga större effekt ju mer intensiv insatsen är. Som vi diskuterar i kapitel 14 finns också frågeställningar som besvaras bättre med långsiktiga observationsstudier än med interventionsstudier. Det ska dock sägas att det i KAM-litteraturen finns få exempel på denna typ av observationsstudier som skulle kunna användas som underlag för beslut om att införa av en metod i hälso- och sjukvården.

Kvalitativ forskning

En uppfattning vi mött i våra intervjuer är att kvalitativ forskning inte beaktas när det vetenskapliga underlaget för en metod sammanställs. Vi finner denna uppfattning förlegad. Det är visserligen korrekt att resultaten från kvalitativa studier inte kan sammanfattas i statistiska mått som i metaanalyser. Men det finns en väl utvecklad metodik för att kvalitetsvärdera kvalitativa studier och systematiskt sammanställa dem (15). Många kvalitativa studier kan ge en uppfattning om den vårdsökandes upplevelser av behandlingen, men de behöver i regel kompletteras med kvantitativa studier för att belysa effekter på t.ex. överlevnad och funktion.

Kombinationen av kvantitativa och kvalitativa studier är en form av ”mixed methods” som blir allt vanligare i klinisk forskning. I SBU:s utvärderingar görs numera ofta översikter av vad som publicerats om patienternas upplevelser av sjukdomar och behandlingar. Enligt utredningens uppfattning är kombinationen av kvantitativa och kvalitativa studier väl lämpad för utvärdering av KAM-metoder. Ett exempel på en utvärderingsmetod där man kan utgå från både kvalitativa och kvantitativa studier, är *realist reviews*, som är systematiska översikter där man har ansatsen att besvara frågor som för vem en metod fungerar, hur den fungerar och i vilken kontext.

Utredningens förslag

Vilka metoder som ska införas i offentligt finansierad hälso- och sjukvård är i första hand en prioriteringsfråga. Utredningen utgår från lagstiftningens krav på vetenskap och beprövad erfarenhet. Med införande av en metod avses beslut om att en metod ska kunna tillämpas i större skala, t.ex. inom ett landsting, vilket innebär att användningen av metoden måste prioriteras mot användningen av övriga metoder i hälso- och sjukvården. I det enskilda patientmötet ska man dessutom väga in patientens värderingar och preferenser. Prioriteringsplattformens tre grundprinciper om människovärde, behov och kostnadseffektivitet (kapitel 12) är aktuella också när man överväger att ta upp en KAM-metod i hälso- och sjukvården.

Utredningen finner att denna modell för prioritering av åtgärder i hälso- och sjukvården väl tjänar sitt syfte. Den bör vara ursprungsneutral, dvs. terapisystem och behandlingsmetoder från KAM-området bör bedömas utifrån samma kriterier och på samma villkor som metoder med annat ursprung.

När man överväger att införa en KAM-metod i hälso- och sjukvården bör därför grundprinciperna i den etiska plattformen för prioriteringar följas. Det innebär att man, när behovet av en åtgärd bedöms, ska ta hänsyn till dels tillståndets svårighetsgrad, dels effekterna av insatsen och hur vetenskapligt dokumenterade effekterna är. Dessutom ska kostnadseffektiviteten vägas in. Mer övergripande ska man ta hänsyn till människovärdesprincipen (där en grundläggande fråga rör att ingen får diskrimineras på grund av kön, ålder, social ställning, sexuell läggning, etc.) och solidaritet med svaga grupper som inte kan tala för sig själva, t.ex. barn och personer med svår psykisk sjukdom eller demens. När hälso- och sjukvården prioriterar ska metoder med ursprung i KAM i dessa avseenden vägas mot andra behandlingsalternativ. Efterfrågan ska inte avgöra om en metod ska införas eller inte. Utmönstring av metoder ur hälso- och sjukvården bör ske utifrån samma principer. När ny kunskap tillförs, kan metoder som redan tagits upp från KAM-området behöva granskas på nytt.

Då det vetenskapliga underlaget bedöms bör man ta hänsyn till att olika typer av studier kan ha olika vetenskaplig tyngd. När underlaget sammanställs bör man ta hänsyn till i vad mån studiedesignen

passar till utvärderingens syfte. Vissa typer av randomiserade prövningar av KAM-metoder kan bidra till att förstå hur metoden fungerar (explanatoriska prövningar). Andra kan syfta till att ge underlag inför ställningstagande till om en KAM-metod ska introduceras i daglig hälso- och sjukvård eller inte. Utredningens uppfattning är att information från så kallade pragmatiska kliniska prövningar då kan väga tungt. Det finns också frågeställningar, i första hand kring långsiktiga förebyggande insatser, som bäst besvaras med väl designade och väl genomförda observationsstudier. Kvalitativa studier ger viktig tilläggsinformation om den vårdsökandes upplevelser av hälsa/ohälsa och av behandlingen, något som också ska vägas in i prioriteringarna.

I den svenska modellen för statligt kunskapsstöd har SBU en central roll som granskare av det vetenskapliga underlaget för olika åtgärder. Som redovisas i avsnitt 13.2 har SBU genomfört en lång rad bedömningar av KAM-metoder, då oftast som del i en bred genomgång av vilka behandlingsmetoder som skulle kunna vara aktuella vid en viss sjukdom. SBU har tidigare haft regeringsuppdrag att granska det vetenskapliga underlaget inom ett bredare område, t.ex. äldrevård och psykiatri.

Utredningen föreslår att SBU som ett regeringsuppdrag med särskilda resurser gör en inventering av vilka KAM-metoder som är mest angelägna att utvärdera i perspektivet eventuellt införande i hälso- och sjukvården. Detta kan även innefatta KAM-metoder som redan på sina håll erbjuds i offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Uppdraget bör innefatta att genom en strukturerad process inhämta information om vad huvudmännen bedömer som angeläget att utvärdera, även i relation till angelägenhetsgraden av utvärderingar av andra metoder i hälso- och sjukvården. Baserat på resultaten av inventeringen kan sedan SBU inom ramen för ett fortsatt regeringsuppdrag utvärdera de prioriterade KAM-metoderna och sprida kunskap om resultaten.

Som diskuteras i avsnitt 19.1 gör utredningen bedömningen att man bör prioritera svensk forskning av sådana KAM-metoder vars föreslagna bakomliggande mekanismer inte står i direkt strid med kända vetenskapliga rön. Av samma skäl kan man välja att begränsa satsningen av offentliga medel på att göra omfattande systematiska utvärderingar endast av sådana metoder.

Referenser

1. Ernst E., Smith K. More harm than good? The moral maze of complementary and alternative medicine. Cham: Springer International Publishing AG; 2018.
2. CAMbrella Project. Final Report Summary – CAMBRELLA (A pan-European research network for complementary and alternative medicine [CAM]). https://cordis.europa.eu/result/rcn/57185_en.html
3. Walach H., Falkenberg T., Fonnebo V., Lewith G., Jonas WB. Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. BMC Med Res Methodol. 2006;6:29.
4. SBU. Allmänt om forskningsansatser med kvalitativ metodik. www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_bilaga11.pdf
5. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=12013
6. Oxford Research. Fra minefelt till etablert forskningsområde. Evaluering av nasionalt forskningssenter inne komplementær og alternativ medisin. https://zapdoc.site/queue/fra-minefelt-til-etablert-forskningsomrade-evaluering-av-nas.html 2013.
7. Hasson H., von Thiele Schwarz U. Användbar evidens: om följsamhet och anpassningar. Stockholm: Natur & Kultur; 2017.
8. SBU. Sämre metoder måste bort om de bättre ska in. www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/samre-metoder-maste-bort-om-de-battre-ska-in
9. Grollman AP., Marcus DM. Global hazards of herbal remedies: lessons from Aristolochia. EMBO Rep. 2016;17(5):619–25.
10. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. SOU 2017:48.

11. Balshem H., Helfand M., Schunemann HJ., Oxman AD., Kunz R., Brozek J., et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401–6. Epub 2011/01/07.

12. World Health Organization. Handbook for guideline development. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75146/9789241548441_eng.pdf;jsessionid=B23A87C557624E346A4B5524212BB8F1?sequence=1

13. GRADE. www.gradeworkinggroup.org

14. Ford I., Norrie J. Pragmatic trials. N Engl J Med. 2016;375:454–63.

15. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok. www.sbu.se contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf 2017.

20 KAM i vårdutbildningar

- Utredningen anser att det finns ett behov av utbildning om KAM på grundutbildningar för personal inom hälso- och sjukvården.
- Syftet med en sådan utbildning är att patienter och hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna föra samtal om KAM-metoder och därmed underlätta för patienter att fatta informerade beslut om sin vård. Ökad kunskap om KAM-metoder och möjliga interaktioner med hälso- och sjukvårdens metoder kan dessutom bidra till ökad patientsäkerhet.
- Utbildningen bör innehålla fakta om de viktigaste KAM-metoderna och orienterande information om förklaringsmodeller och bakomliggande syn på hälsa och sjukdom. Den bör även innehålla information om varför KAM-metoder används och vad patienter efterfrågar som de inte upplever att de får i hälso- och sjukvården, men även kunskap om den kritik som riktas mot KAM. Skillnader i reglering och lagstiftning mellan den vård som ges inom hälso- och sjukvården och den som ges utanför denna bör också belysas.
- Undervisningen på vårdutbildningarna bör enligt utredningen omfatta i storleksordningen 1–2 högskolepoäng, antingen genom ett samlat KAM-moment, eller uppdelat som kursmoment på två eller tre olika kurser. För att säkerställa att kunskapen når även de som inte redan har ett intresse för KAM, bör utbildningen ingå i programmets moment och ha specifika lärandemål.
- Utredningen föreslår ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att tillsammans med Universitetskanslersämbetet (UKÄ) föra en dialog med lärosätena om införandet av utbildningsmoment

om KAM på vårdutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, farmaceuter, psykologer och dietister baserade på ovanstående resonemang.

- Utredningen föreslår att Socialstyrelsen dessutom uppdras att ta fram utbildningsmaterial om KAM som en förlängning av informationsuppdraget beskrivet i kapitel 21.

20.1 Introduktion

Ett av utredningens uppdrag har varit att öka kontakterna och förståelsen mellan hälso- och sjukvården och den vård som bedrivs utanför hälso- och sjukvården, i syfte att öka patientsäkerheten. Om kommunikationen behövde förbättras skulle förslag till sådana förbättringar lämnas.

I detta kapitel presenterar vi ett område som utredningen bedömer skulle kunna förbättra säkerheten för patienter som överväger eller redan använder KAM-metoder. Det handlar om den utbildning hälso- och sjukvårdspersonal behöver för att bättre kunna föra samtal med patienter om deras vård och besvara de frågor som kan uppkomma rörande KAM-metoder.

Långt ifrån alla svenska lärosäten har någon utbildning om KAM på sina program för vårdutbildningar (se avsnitt 6.2). Den utbildning som ändå ges fokuserar framförallt på enskilda KAM-metoder och nästan uteslutande sådana som delvis används inom hälso- och sjukvården, såsom akupunktur och mindfulness.

Utredningens bedömning, utifrån synpunkter som uppkommit vid utredningens intervjuer samt utifrån forskning på upplevelser och attityder (avsnitt 6.5), är att hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om KAM och KAV är generellt bristfällig. Detta gäller såväl vad metoderna innebär, som vilka potentiella interaktioner de kan ha med den vård som bedrivs inom hälso- och sjukvården.

En betydande andel av befolkningen använder KAM-metoder i syfte att förebygga, lindra eller bota symptom eller sjukdomar (avsnitt 6.5). Det är viktigt att patienter kan ta upp frågor om KAM inom hälso- och sjukvården utan att de upplever sig bemötta med misstro, eller skambeläggs. Kunskap om KAM och KAV, och vad det är patienter efterfrågar när de söker sig till sådan vård, kan öppna

upp för viktiga samtal mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal – samtal som kan underlätta för patienten att ta informerade beslut om sin vård. Sådana samtal kan även skapa förutsättning för att behandlande hälso- och sjukvårdspersonal får information om eventuella KAM-metoder som används, vilket kan vara viktigt ur patientsäkerhetssynpunkt i de fall då det finns möjliga interaktioner med hälso- och sjukvårdens metoder.

20.2 Behov av undervisning om KAM på grundutbildningar

För att höja kunskapsnivån om KAM och KAV inom hälso- och sjukvården föreslår utredningen att man i första hand inriktar sig på grundutbildningar. Detta för att inte bara nå de som redan har ett intresse för detta område. Även specialistutbildningar samt fortbildning/efterutbildning efter specialistexamen kan inom vissa områden, såsom cancervård, psykiatri och allmänmedicin, vara av stor vikt. Beträffande fortbildning/efterutbildning saknar denna central reglering och därför lämnar utredningen enbart rekommendationer till vårdprofessionerna.

Undervisningen bör vara obunden, det vill säga inte ledas av starka företrädare för eller kritiker till KAM och KAV. Däremot kan t.ex. diskussionsavsnitt synliggöra och öka förståelsen för olika synsätt. Innehållet bör vara fakta om de viktigaste metoderna, vad de innebär och vad man vet avseende deras nytta och risk. Utbildningarna bör omfatta orienterande information om bakomliggande syn på hälsa och sjukdom samt några förklaringsmodeller t.ex. för de som rör traditionell kinesisk medicin, ayurveda, homeopati och antroposofisk medicin. Utbildningarna bör även innehålla information om varför personer vänder sig till KAM och vad patienter efterfrågar som de inte upplever att de får i hälso- och sjukvården. Dessutom bör undervisningen innefatta kunskap om den kritik som riktas mot KAM. Skillnader i reglering och lagstiftning mellan den vård som ges inom hälso- och sjukvården och den som ges utanför denna, bör också belysas.

Utredningen anser att man bör avsätta cirka 1 vecka totalt för KAM-undervisning på vårdutbildningar för läkare, sjuksköterskor,

fysioterapeuter, farmaceuter, psykologer och dietister. KAM-undervisningen kan ligga samlad inom en kurs eller vara uppdelad på moment i två eller tre olika kurser. Utbildningen bör ha fokus på de metoder som är mest relevanta för respektive profession, exempelvis mer fokus på KAM-preparat av olika slag för apotekare och receptarier och mer fokus på manuella metoder för fysioterapeuter.

Utredningens förslag är att Socialstyrelsen tillsammans med Universitetskanslersämbetet (UKÄ) får i uppdrag att under en begränsad tid föra en dialog med lärosätena om införandet av utbildningsmoment om KAM på vårdutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, farmaceuter, psykologer och dietister baserade på ovanstående resonemang. Utredningen betonar att uppdraget handlar om en dialog, inte att Socialstyrelsen ska formulera nya examensmål. Samverkan med andra myndigheter är en naturlig del av myndighetsarbetet och uppdraget kan därför anses initialt ligga inom myndighetens befintliga uppdrag. Bedöms det finnas behov av ett mer strukturerat samarbete, anser utredningen att särskilda resurser bör avsättas för att föra dialogen med de berörda lärosätena.

Vidare föreslår utredningen att Socialstyrelsen uppdras att, som del av sitt informationsarbete (kapitel 21), även ta fram utbildningsmaterial om KAM för personal inom hälso- och sjukvården och hälso- och sjukvårdspersonal i omsorgen. Utbildningsmaterialet ska stödja vårdpersonal i hur de ska hantera frågor om KAM från patienter och anhöriga samt var de kan hitta ytterligare kvalitetssäkrad information.

21 Information om KAM till allmänhet, vårdsökande och hälso- och sjukvårdspersonal

- Utredningen anser att det finns ett behov av obunden svensk information om vad olika KAM-metoder innebär, vad man vet om deras nytta och risk samt vad man generellt bör ta reda på om en behandlare om man överväger att använda en KAM metod.
- Information riktad till allmänhet, vårdsökande och hälso- och sjukvårdspersonal bör finnas samlad i en portal där man kan söka information såväl utifrån KAM-metod som utifrån specifika symtom eller diagnos.
- Utredningen föreslår att en redaktion knyts till Socialstyrelsen och att Socialstyrelsen därmed står som källägare till informationen om KAM. Redaktionen bör ta stöd av bl.a. representanter för brukare, KAM-utövare, hälso- och sjukvård och myndigheter.
- Utredningen gör bedömningen att 1177 Vårdguiden är mest lämpad att ansvara för att informationen om KAM görs tillgänglig för allmänheten i en KAM-portal. Staten bör stå för hela kostnaden.
- Sverige bör samarbeta med Norge och Danmark för att utgå från den information om KAM som finns på deras portaler och ta del av deras erfarenheter vid uppbyggnaden. Innehållet bör ses över av den svenska redaktionen på Socialstyrelsen, medan 1177 Vårdguiden ansvarar för hur informationen presenteras.

- På myndigheters hemsidor finns det i dagsläget ingen lätttillgänglig information om regelverk, försäkring eller instanser att vända sig till om man vill framföra klagomål om en KAM-metod eller utövare. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen även ges i uppdrag att samordna myndigheters generiska information om KAM. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bör dessutom uppdras att tydliggöra sin roll avseende klagomålshantering på KAM-området.
- Utredningen föreslår att Konsumentverket ges i uppdrag att presentera konsumentvägledande generisk information om KAM på sidan ”Hallå konsument”.
- Ytterligare informationskanaler till hälso- och sjukvårds-personal kan t.ex. vara 1177 Vårdguiden och olika vårdhandböcker. I en eventuell framtida satsning på samlad information om forskning och utvärdering av medicinska metoder bör även forskning och utvärdering av KAM-metoder inkluderas samt länkar till KAM-portalen göras.

Ett av utredningens uppdrag har varit att föreslå ett system som bidrar till att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välövervägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ.

Som beskrivs i kapitel 8 är den offentliga informationen om KAM mycket begränsad i Sverige i dag och endast fragmentariskt presenterad via 1177 Vårdguiden eller olika myndigheters hemsidor (med undantag för Läkemedelsverket). En stor del av den information som finns om KAM-metoder tillhandahålls av andra aktörer som oftast har kommersiella eller andra egenintressen. En internationell genomgång av tillgänglig information visar samma mönster, där informationen sällan kommer från myndigheter. Informationen på hemsidorna innehåller ofta ett antal fördelar med KAM-metoderna men nämner sällan potentiella nackdelar (1).

21.1 Målgrupper för information

Uppdraget har gällt information till patienter för att de ska kunna göra informerade val om sin vård. Utredningen har i detta avseende valt att även inkludera såväl allmänheten som hälso- och sjukvårdspersonal som målgrupp för information om KAM. Skälen till det är desamma som de som anförs avseende utbildning om KAM (kapitel 20), såsom behovet av att hälso- och sjukvårdspersonal har en grundläggande förståelse för KAV och vad olika KAM-metoder innebär. Dessutom behöver personalen lätt kunna hitta uppdaterad information när frågor uppkommer från patienter och anhöriga.

Som tidigare beskrivits finns en betydande användning av KAM-metoder bland patienter (kapitel 6). Hälso- och sjukvårdspersonal är därför en potentiellt viktig informationskanal. Enligt en Novus-undersökning får majoriteten av svenska läkare frågor relaterade till KAM minst en gång i månaden (2). Ytterligare ett skäl för att hälso- och sjukvårdspersonal behöver tillgång till information om KAM är metodernas potentiella interaktioner med den etablerade vården som ges.

Utredningens bedömning är att kunskapsnivån och behovet av information avseende KAM-metoder är densamma för hälso- och sjukvårdspersonal som för vårdsökande och allmänhet och att man därför inte behöver särskilja informationen för dessa målgrupper.

21.2 Vilken typ av information behövs?

För att göra välövervägda vårdval behövs tillgång till information om vilka behandlingsmetoder som finns för de symtom eller den sjukdom patienten har och vad man vet och inte vet om nytta och risk med dessa metoder.

Vad gäller att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ finns det delar som rör information, men även delar som rör lagstiftning och reglering av metoder. Oseriösa behandlingar kan tänkas vara sådana där utövaren framför allt är ute efter ekonomisk vinning genom att erbjuda dyra behandlingar eller genom falsk marknadsföring. Farliga behandlingsalternativ kan handla om behandlingar som i sig ger allvarliga biverkningar eller risk för sådana. Det kan även handla om att patienten explicit eller implicit uppmanas att inte söka etablerad vård för sitt tillstånd (se avsnitt 9.4).

Information för att undvika oseriösa och farliga alternativ kan dels handla om vad man bör ta reda på om en behandling/behandlare om man överväger en KAM-metod. Det kan även röra vilka försäkringar som gäller och vart man kan vända sig om man har klagomål om behandlingen.

Utredningens bedömning är således att det behövs i huvudsak tre kategorier av obunden information till vårdsökande, allmänheten och hälso- och sjukvårdspersonal för att patienter ska kunna göra välövervägda vårdval och undvika farliga behandlingsalternativ:

1. vad enskilda KAM-metoder innebär,
2. vad man vet om nytta och risk med metoderna för olika indikationer, samt
3. vad man som vårdsökande generellt bör känna till och ta reda på om man överväger en KAM-metod.

21.3 Förslag på KAM- portal som görs tillgänglig av 1177 Vårdguiden

Som beskrivs i kapitel 8 har Norge och Danmark offentligt finansierade portaler för KAM-metoder, där alla tre nämnda kategorier information finns tillgänglig. Underlagen för den norska portalen tas fram av Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) vid Universitet i Tromsö. I Danmark ansvararar numera IVO:s motsvarighet, Styrelsen for Patientsikkerhed för informationen om KAM. Styrelsen for Patientsikkerhed håller på att revidera sin portal (kapitel 8).

Utredningens bedömning är att allmänheten, vårdsökande och hälso- och sjukvårdspersonalen skulle gynnas av tillgången till en motsvarande portal i Sverige. Utredningen anser att informationen bäst skulle nå rätt målgrupp om den låg på 1177 Vårdguiden (webbplatsen 1177.se) där allmänheten söker information rörande hälsa och sjukdom. Informationen bör tas fram av en obunden organisation i nära samarbete med sakkunniga inom metoden.

Förslaget är att 1177 Vårdguiden åtar sig att bygga upp en statligt finansierad KAM-portal baserat på underlag som tas fram av Socialstyrelsen. Sverige skulle kunna sluta avtal med Norge och Danmark för att kunna utgå från deras material, men ha en egen svensk

redaktion som är ansvarig för textinnehållet. Redaktionen bör ta stöd av ett råd, med en relevant sammansättning såsom representanter från patientorganisationer, KAM-utövare, hälso- och sjukvården och myndigheter. Socialstyrelsen skulle således vara källägare till texterna, medan man på 1177 Vårdguiden skulle ha det redaktionella ansvaret.

Den norska hemsidan i den utformning den numera har skulle i delar kunna vara en bra förlaga till portalen, både vad gäller val av presenterade metoder, nytta och risk vid olika indikationer samt generisk information. Den svenska portalen skulle kunna innehålla cirka 50–60 terapier. Urvalet av metoder bör i första hand vara baserat på förekomst i Sverige. Ingången till informationen kan vara genom metoden, sjukdomen eller symtomen. Texterna från de norska respektive danska portalerna bör faktagranskas av den svenska redaktionen och anpassas till svenska förhållanden. I den mån förlagorna inte är relevanta kan den svenska redaktionen behöva ta fram egna texter. Detsamma gäller KAM-metoder som inte finns i de norska eller danska förlagorna men har vunnit betydande insteg i Sverige.

Materialet om KAM behöver i innehåll och utformning gå i linje med 1177 Vårdguidens sätt att presentera information. Däremot bör det tydligt framgå att dessa metoder inte tillhör hälso- och sjukvården. Detta kan t.ex. åstadkommas genom att länka till ny sida med annan färgsättning samt en markering att 1177 Vårdguiden här tillhandahåller en beskrivning av KAM-metoder (med Socialstyrelsen som källägare) för att patienter ska ha tillgång till obunden information. Generisk information rörande patientsäkerhet (se nedan) bör vara framträdande på sidan.

För information om vad som är känt avseende nytta och risk kan man hänvisa till Cochrane, till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i de fall en SBU-utvärdering gjorts (se förslag på regeringsuppdrag till SBU i avsnitt 19.2), och eventuellt andra källor. I de fall det är aktuellt kan det finnas en särskild länk om fördjupning kring behandlingsinteraktioner. Det är dock inte utredningens avsikt att Socialstyrelsen ska utföra egna utvärderingar av eventuella behandlingseffekter.

Det bör även finnas generisk information om regelverk, försiktighetsåtgärder etc. Textunderlag för vad man som patient generellt bör tänka på om man överväger en KAM-metod finns att utgå ifrån på både de norska och danska sidorna. Det finns även information om

detta i broschyren från Regionalt Cancercentrum Stockholm–Gotland (kapitel 8). Det rör sig bl.a. om behandlarens yrkesbakgrund och inställning till hälso- och sjukvårdens metoder, om potentiellt negativ samverkan mellan olika behandlingar och om reglering och försäkring. Det kan även finnas ett behov av information om vad som skiljer snarlika behandlingar såsom naprapati jämfört med osteopati eller akupunktur av legitimerad jämfört med icke-legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

21.4 Information från myndigheter

Det är få myndigheter som har direkt uttalade uppdrag rörande KAM, men däremot har de i uppdrag att i olika sammanhang ta ställning till vad som är hälso- och sjukvård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och vad som inte är det (kapitel 5). I dagsläget finns information om KAM i olika utsträckning på myndigheters hemsidor, beroende på myndigheternas olika uppdrag (kapitel 8). Det finns dock ingen självklar ingång till information om vad man bör tänka på om man överväger en KAM-metod, om regelverk, försäkring eller instanser att vända sig till om man vill framföra klagomål om en KAM-metod eller utövare. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen ges i uppdrag att samordna myndigheters generiska information om KAM. Det kan även finnas ett behov av en vägledning avseende lagstiftningen på området, vilket utredningen återkommer med i slutbetänkandet.

Vad gäller tillsynsansvar kan IVO särskilt behöva tydliggöra sin roll med information på sin hemsida. IVO har i dag inget uppdrag att utföra tillsyn över utövare inom KAV som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal enligt definitionen i patientsäkerhetslagen. IVO har dock, enligt patientsäkerhetslagen, skyldighet att agera i vissa situationer när missförhållanden bland KAM-utövare kommer till myndighetens kännedom. Det handlar bl.a. om när någon som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen brutit mot någon bestämmelse i 5 kap. 1 § 1–7 patientsäkerhetslagen. Myndigheten ska då vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och om det behövs göra anmälan till åtal (se 7 kap. 23 §). IVO kan också besluta om förbud för någon att under viss tid utöva verksamhet som avses i 5 kap. 1 §.

Ett sådant beslut får förenas med vite (se 10 kap. 8 § patientsäkerhetslagen).

Enligt utredningens uppfattning kan det för en utomstående uppfattas som otydligt dels vilken roll IVO har när det gäller KAV-utövare (tillsynsansvar eller inte), dels vilka sanktioner som kan vidtas av myndigheten om missförhållanden i en verksamhet föreligger. Otydligheten består enligt utredningen dels av att lagstiftningen på området (främst patientsäkerhetslagen) är relativt svår att följa. Dels saknas lättillgänglig information om myndighetens uppdrag gällande KAM på myndighetens hemsida. Det gäller både vad myndigheten kan och inte kan göra om en enskild person vill klaga på en verksamhet eller utövare. Information om IVO:s roll beträffande KAM finns i dagsläget inte heller på 1177.se.

Även om IVO inte formellt har ett tillsynsansvar över KAM-utövare måste det vara tydlig för invånarna att så är fallet eftersom det som enskild kan vara svårt att avgöra om en verksamhet är att betrakta som hälso- och sjukvård enligt lagstiftningens definition eller inte. Samtidigt som ett tillsynsansvar saknas har IVO långtgående befogenheter när det gäller KAM-utövare som missköter sig.

Utredningen anser därför att IVO ska få i uppdrag att se över, komplettera och revidera den information som myndigheten lägger ut om myndighetens roll när det gäller KAM. Detta får anses redan ingå i myndighetens uppdrag.

Information om KAM på Konsumentverkets hemsida

Utöver information om KAM på 1177.se, anser utredningen att information även bör publiceras på Konsumentverkets hemsida. Konsumentverket administrerar i dag sidan ”Hallå konsument” (hallakonsument.se) som innehåller oberoende konsumentvägledning inom en rad olika tjänsteområden (avsnitt 5.7). På sidan återfinns exempelvis tips vid köp av närbesläktade tjänster som skönhetsingrepp, gym, val av personlig tränare eller val av tandläkare.

När det gäller skönhetsingrepp uppmanas exempelvis konsumenten att söka information om det aktuella företaget och kontrollera att det är seriöst och kompetent och att företaget har en ansvarsförsäkring. Vidare uppmanas konsumenten att läsa villkoren i avtalet med företaget för att se vad som gäller vid skada eller om resultatet

inte blir det önskvärda och att man som konsument bör rådgöra med den som ska utföra behandlingen och fråga om vilka risker det finns i samband med behandlingen. En genomgång görs även av gällande lagstiftning. Vid val av personlig tränare uppmanas vidare konsumenten att ta reda på vilken utbildning tränaren har. Konsumentverket rekommenderar här en kompetens som motsvarar minst gymnasienivå.

Enligt utredningen är den slags information som i dag tagits fram om exempelvis skönhetsingrepp viktig även för att informera konsumenter om KAM. Konsumentverket bör därför få regeringens uppdrag att ta fram en relevant konsumentinformation om KAM på sidan ”Hallå konsument”. Konsumentverkets uppdrag är att presentera information ur ett konsumenträttsligt perspektiv, men på sidan bör även hänvisningar göras till relevant information hos andra myndigheter som IVO, SBU och Läkemedelsverket liksom till 1177 Vårdguiden. Det är centralt att de olika aktörernas roller är preciserade i uppdraget och att det etableras ett samarbete mellan Konsumentverket och Socialstyrelsen. Konsumentverket samverkar redan i dag med en rad aktörer som förmedlar opartisk information till konsumenter. Det är också viktigt att den information om KAM som Konsumentverket tar fram, blir allmänt känd bland allmänheten. Särskilda resurser bör därför avsättas för att göra informationen känd.

21.5 Ytterligare informationskanaler

Som tidigare nämnts anser utredningen att hälso- och sjukvårdspersonal är i behov av samma information rörande KAM som allmänheten. Däremot kan den nå denna målgrupp också via ytterligare kanaler såsom Kunskapsguiden eller olika vårdhandböcker.

Utredningens bedömning är att forskning och utvärdering av nytta och risk med KAM-metoder för specifika indikationer är, utifrån patientens perspektiv, lämplig att presentera på samma ställen som den för metoder som finns inom hälso- och sjukvården. Utredningen om genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (S 2018:12) har fått regeringens uppdrag att utveckla det förslag om en nationell digital kunskapstjänst som

lämnades av Kunskapsstödsutredningen i betänkande Kunskapsbaserad och jämlik vård (3).

Kunskapsstödsutredningen föreslog att de ekonomiska resurser som i dag går till olika utvecklingsprojekt för att ta fram digitala kunskapsstöd till vården borde samlas och användas till att ta fram en samlad digital kunskapstjänst. Syftet med tjänsten var enligt utredningen att skapa förutsättningar för vårdprofessionerna hos alla sjukvårdshuvudmän och vårdgivare att enkelt söka och få tillgång till kunskap. I tjänsten borde enligt utredningen, förutom kvalitetssäkrade kunskapsstöd, även avgiftsfri tillgång till vetenskapliga artiklar ingå. Kunskapsstödsutredningen hänvisade även till det förslag till ett nationellt hälsobibliotek som SBU hade redovisat för regeringen 2013.

Om beslut tas om en framtida nationell digital kunskapstjänst, bör enligt utredningen även forskning och utvärderingar av KAM ingå. Att inkludera information om KAM i en sådan tjänst skulle också medföra tekniska och ekonomiska skalfördelar. Dessutom minimerar man antalet ingångar för vårdprofessionerna och allmänheten.

21.6 Utredningens förslag

Baserat på ovanstående resonemang, sammanfattat i tabell 21.1 och figur 21.1, föreslår utredningen således följande:

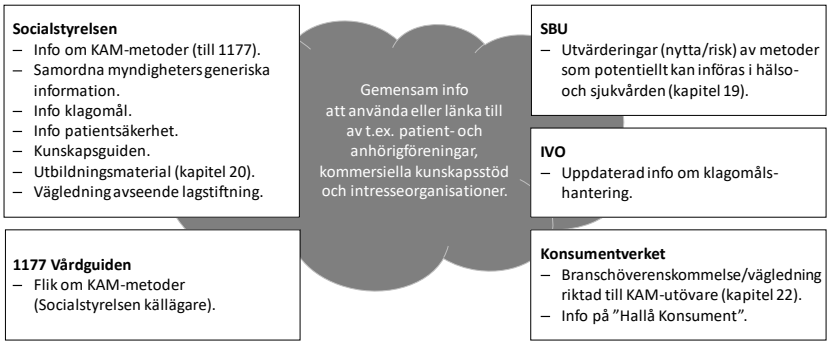
- 1177 Vårdguiden ansvarar för en KAM-portal där staten står för hela kostnaden. Sverige sluter avtal med Norge och Danmark för att kunna samverka och utgå från materialet på deras portaler. Sverige har en egen redaktion knuten till Socialstyrelsen som är ansvarig för textinnehållet och tar stöd av ett råd, med sakkunniga, brukarrepresentanter etc.
- Socialstyrelsen ges dessutom uppdraget att samordna myndigheters generiska information om KAM. IVO uppdras särskilt att tydliggöra informationen kring sin roll avseende klagomålshantering på KAM-området.
- Konsumentverket ges i uppdrag att presentera konsumentvägledande generisk information om KAM på sidan ”Hallå konsument”.

- KAM-metoder inkluderas i ytterligare kanaler till hälso- och sjukvårdspersonal, såsom i Kunskapsguiden och vårdhandböcker samt i eventuellt nya informationssatsningar som aviserats i Utredningen om genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (S 2018:12) och Kunskapsstödsutredningen (3).

Tabell 21.1 Utredningens förslag på vilken informations som behövs, hur den ska tas fram och var den ska finnas tillgänglig

Syftet med informationen	Typ av information	Hur underlaget tas fram	Lämpliga kanaler
Ökad möjlighet för patienter att göra välövervägda val om sin vård genom förbättrad dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient i de fall patienten använder eller överväger att använda KAM metoder.	Beskrivning av vad olika KAM-metoder innebär.	Socialstyrelsen med norska NAFKAM som förlaga och i samarbete med Styrelsen for Patientsikkerhed i Danmark.	Primär kanal KAM-portal på 1177 Vårdguiden.
Ökad möjlighet för patienter att göra välövervägda val om sin vård genom att få kunskap om vilka metoder som förväntas ha bäst effekt på de utfall som är viktiga för den enskilde patienten.	Nytta/risk med metoderna vid olika tillstånd.	Socialstyrelsen hänvisar främst till publicerade systematiska översikter från Cochrane, SBU och ev. andra källor. SBU: Utvärderingsrapporter av KAM-metoder som på sina håll erbjuds i offentligt finansierad hälso- och sjukvård eller kan vara aktuella att introducera i hälso- och sjukvård.	KAM-portal på 1177 Vårdguiden. Metoder utvärderade av SBU: myndighetens hemsida och andra informationskanaler till relevanta målgrupper. Vissa KAM-metoder inkluderas i framtida informationssatsningar avseende forskning och utvärdering.
Ökad möjlighet för patienter att undvika oseriösa eller farliga behandlingar.	Regelverk, försäkring, allmän konsumentinformation etc.	Generisk text tas fram av Socialstyrelsen. Texten bearbetas redaktionellt av 1177 Vårdguiden för publicering där. Generisk text hos myndigheter samordnas av SoS. IVO informerar om sin roll avseende KAM och klagomålshantering. Konsumentvägledande texter tas fram av Konsumentverket.	KAM-portal på 1177 Vårdguiden. Myndigheters hemsidor, generisk text. På samma ställen som beskrivning av metoder och nytta/risk. Information om KAM publiceras på sidan ”Hallå konsument” och andra ställen på Konsumentverkets hemsida.

Figur 21.1 Sammanfattande bild över utredningens förslag avseende informationskanaler om KAM till vårdsökande, hälso- och sjukvårdspersonal samt KAM-utövare



Referenser

1. Chen AT., Taylor-Swanson L, Buie RW., Park A., Conway M. Characterizing Websites That Provide Information About Complementary and Integrative Health: Systematic Search and Evaluation of Five Domains. Interactive journal of medical research. 2018;7(2):e14. Epub 2018/10/12.
2. Novus-undersökning – Synen på komplementär vård – läkare och övrig vårdpersonal i Stockholms län utförd på uppdrag av Priority Group. 2018.
3. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. SOU 2017:48.

22 Bedömning om branschöverenskommelser – vägledningar och register

Utredningens bedömning är att de större branschorganisationerna inom KAM aktivt bör arbeta för att skapa förutsättningar för att teckna en eller flera branschöverenskommelser med Konsumentverket. Detta för att stärka patientsäkerheten och tydliggöra för KAM-utövare vilka regler och villkor som gäller för branschen främst gällande klagomålshantering och god marknadsföringssed. Överenskommelsen skulle också kunna kompletteras med vägledningar från Konsumentverket om hur KAM-utövare kan arbeta för att erbjuda säkra tjänster.

Utredningen anser att Konsumentverket inom ramen för sitt övergripande uppdrag bör intensifiera sin dialog med KAM-branschen och undersöka vilka insatser som är mest lämpliga samt analysera förutsättningarna för att ta fram en eller flera branschöverenskommelser för KAM-branschen.

22.1 Branschorganisationer inom KAM bör sträva efter att teckna branschöverenskommelser m.m. med Konsumentverket

Regeringen anger i direktiven till utredningen att en förutsättning för det system för information som utredaren ska lämna förslag till är att det finns kännedom om vilka vårdgivare och behandlingsmetoder som finns utanför den etablerade vården.

Utredningen lämnar i kapitel 21 förslag som innebär att information om olika behandlingsmetoder inom KAM ska tas fram samt vilka eventuella risker som är förknippade med metoderna liksom vad forskningen säger om eventuella effekter. Information ska också tas fram som handlar om vad konsumenter bör tänka på i kontakter med KAM och vilka lagar och bestämmelser som är tillämpliga. Därutöver kommer utredningen i slutbetänkandet att lämnas förslag till ny lagstiftning för att reglera vårdverksamhet som bedrivs av personer som inte utgör en del av hälso- och sjukvårds-personalen.

Utöver förslagen ovan, anser utredningen att ytterligare åtgärder bör vidtas för att stärka patientsäkerheten. Dessa åtgärder bör främst riktas mot KAM-branschens aktörer och bl.a. omfatta aspekter som klagomålshantering och god marknadsföringssed, detta för att stärka konsumentskyddet.

Ett initiativ som skulle kunna tas är att KAM-branschen tecknar särskilda branschöverenskommelser med Konsumentverket som innehåller information om principer och regler som branschen har att förhålla sig till. Sådana branschöverenskommelser finns inom en rad olika områden. Det mest närliggande exemplet är en branschöverenskommelse mellan Konsumentverket och Sveriges Privattandläkarförening.

Därutöver har Konsumentverket tillsammans med olika branschförbund tagit fram vägledningar för hur tjänster ska erbjudas konsumenterna. Bland annat finns en vägledning om hur en personlig tränare bör arbeta för att erbjuda en säker tjänst till konsumenten.

En redogörelse för syftet med branschöverenskommelser och vägledningar samt exempel på sådana, återfinns i kapitel 17. Utredningens kartläggning (se kapitel 12) visar dessutom att det finns flera exempel på bransch- och yrkesorganisationer inom KAM som systematiskt arbetar med att ställa krav på sina medlemmar gällande hur vården ska utföras, etiska riktlinjer, krav på försäkring m.m.

Tecknande av branschöverenskommelser

De branschorganisationer som är tillräckligt representativa för sin sektor, bör enligt utredningen inleda ett arbete tillsammans med Konsumentverket för att ta fram branschöverenskommelser. Överenskommelserna skulle också kunna kompletteras med vägledningar.

I utformningen av överenskommelser finns förlagor hos Konsumentverket. Även organisationernas egna bestämmelser kan tjäna som vägledning för arbetet.

Utredningen anser att branschöverenskommelserna skulle kunna kompletteras med vägledningar för särskilda yrkesgrupper inom KAM, i likhet med den vägledning som tagits fram för personliga tränare och som redogörs för i kapitel 17.

Därutöver bör det av överenskommelser och vägledningar tydligt framgå andra myndigheters uppdrag inom området. Här kan bl.a. nämnas Socialstyrelsens uppdrag att utfärda allmänna råd kring hygienisk verksamhet och som berör flera KAM-utövare.

Förutsättningarna för konsumenterna att göra informerade val av utförare skulle underlättas genom branschöverenskommelser och vägledningar. En branschöverenskommelse kan tjäna som en slags kvalitetsgarant när det gäller grundläggande regler kring klagomål, information, marknadsföring m.m. Konsumenten har då också möjlighet att välja bort aktörer som inte har ingått en branschöverenskommelse.

Utredningen anser att Konsumentverket bör initiera ett arbete med att undersöka förutsättningarna för en eller flera branschöverenskommelser med KAM-branschen och/alternativt vägledningar. Uppdraget är dessutom särskilt angeläget mot bakgrund av de förändringar av lagstiftningen som utredningen anser bör genomföras och som kommer att presenteras i utredningens slutbetänkande.

Utredningen är samtidigt väl medveten om de utmaningar som finns när det gäller att ta fram branschöverenskommelser för KAM-branschen. Framtagandet av överenskommelser kräver stora insatser, vilket beskrivs i kapitel 17. Därutöver måste Konsumentverket ha en lämplig motpart. Vid val av motpart måste ambitionen vara att få en så bred anslutning som möjligt. Utredningens kartläggning visar att KAM-branschen är relativt heterogen och har få starka enskilda aktörer. För det fall att branschöverenskommelser inte är en framkomlig väg, får andra lösningar övervägas av Konsumentverket. Flera alternativ finns. Konsumentverkets tillsynsverksamhet består i dag i huvudsak av fyra olika aktiviteter: löpande tillsyn, tematisk tillsyn, branschöverenskommelser och samverkan med näringslivet. Valet av aktivitet styrs bl.a. av marknad och bransch och hur omfattande konsumentproblemet bedöms vara. När det gäller KAM har Konsumentverket hitintills fokuserat på löpande

och tematisk tillsyn eftersom branschöverenskommelser har varit en svårframkomlig väg. Oavsett denna bedömning anser utredningen att KAM-branschen som sådan skulle främjas genom ett mer strukturerat samarbete med Konsumentverket.

22.2 Register över KAM-utövare

Utredningens bedömning: Ett särskilt register över KAM-utövare bör inte skapas.

Utredningen har enligt direktiven i uppdrag att se över frågan om ett register över KAM-utövare. Frågan om att inrätta ett register över KAM-utövare har utretts vid flera tidigare tillfällen. En redogörelse för de tidigare utredningarna görs i kapitel 3. Inget av de tidigare lagda utredningsförslagen har lett till några initiativ från regeringens sida.

Som redovisats i bl.a. kapitel 17 har branschorganisationer inom KAM redan i dag register över sina utövare. Om dessa förbund dessutom tecknar branschöverenskommelser med Konsumentverket, blir det än lättare för konsumenterna att identifiera vilka förbund som finns och som dessutom har ambitionen att systematiskt arbeta med kvalitet och säkerhet bland sina medlemmar.

Enligt utredningens bedömning får de register som branschen själva administrerar, och helst i kombination med branschöverenskommelser, anses vara fullt tillräckliga åtgärder för att konsumenterna på ett relativt säkert sätt ska kunna söka efter utövare.

Till detta ska utredningens förslag om förbättrad information om KAM läggas liksom de förslag till revidering och omarbetning av patientsäkerhetslagen som utredningen kommer att lämna i slutbetänkandet. Dessa förslag syftar alla till att öka säkerheten för konsumenterna.

Därutöver kan nämnas andra faktorer som att det kan vara svårt att definiera vilka som är KAM-utövare och vilka som inte är KAM-utövare. Ibland kan det handla om metoder som både återfinns inom hälso- och sjukvården och inom KAM. Sammanfattningsvis anser utredningen att nyttan av ett nationellt administrerat register inte står i proportion till de insatser som skulle krävas. Ett nationellt register över KAM-utövare bör därför inte tillskapas.

23 Sammanfattning av utredningens förslag utifrån olika målgrupper

23.1 Vårdsökande

Utredningens förslag, som alla syftar till att förbättra situationen för den vårdsökande, riktar sig även till en rad olika aktörer både inom KAM-området och hälso- och sjukvården. Nedan sammanfattas förslagen utifrån dessa målgrupper.

Om utredningens förslag genomförs menar vi att de kommer att skapa goda förutsättningar för vårdsökande att kunna göra välövervägda och säkra val avseende sin vård, i de fall man överväger att använda sig av KAM eller KAV. Till detta bidrar tillgången till obunden information avseende enskilda KAM-metoder samt tydlighet i regelverk och vad man bör kolla upp avseende en KAM-utövare om man överväger en behandling. Ökad kunskap om KAM i hälso- och sjukvården, genom utbildningsinsatser, kan underlätta för den vårdsökande att ta upp eventuella frågor rörande KAM med behandlande hälso- och sjukvårdspersonal så att till exempel negativa interaktioner kan undvikas, eller att den vårdsökande överväger att använda en KAM-metod som är förenlig med sina värderingar. Även de förslag som kommer att lyftas i slutbetänkandet avseende revidering av den lagstiftning som reglerar KAM-aktörer har potential att öka säkerheten för den vårdsökande.

23.2 KAM-utövare

Utredningens kommande förslag till ändringar i lagstiftningen kan innebära både större begränsningar och ökade möjligheter att bedriva KAM och KAV och förutsätter att KAM-utövare säkerställer

att de har adekvat kunskap för att göra de bedömningar som krävs (slutbetänkandet).

Utredningen anser att de större branschorganisationerna inom KAM i ökad utsträckning bör samverka med Konsumentverket vilket skulle kunna leda till initiativ som vägledningar och tecknandet av branschöverenskommelser (kapitel 22). Sådana överenskommelser kan bland annat resultera i riktlinjer kring klagomålshantering och god marknadsföringssed. Ytterligare ett förslag är att KAM-branschens medlemsorganisationer avsätter medel för egen FoU-verksamhet (avsnitt 19.1).

23.3 Hälso- och sjukvården

Utredningen anser att det av patientsäkerhetsskäl finns ett behov av obunden information om KAM och rekommenderar landstingen att tillhandahålla denna information, som enligt förslaget tas fram av Socialstyrelsen, på 1177 Vårdguiden (kapitel 21).

Baserat på den betydande användningen av KAM i befolkningen anser utredningen att det är av vikt att kunna följa upp risker och nyttoeffekter av dessa. Utredningen rekommenderar därför kvalitetsregisterhållare att ansöka om att införa KAM-variabler (kapitel 19.1). I den gemensamma nationella kvalitetsregistersatsningen skulle man kunna öronmärka medel för införandet av sådana variabler.

När hälso- och sjukvården överväger att införa metoder från KAM-området, bör man enligt utredningen utgå från samma modell för att införa nya metoder som byggts upp i offentligt finansierad hälso- och sjukvård (avsnitt 19.2). Detta innebär att man även för metoder från KAM-området, bör utgå från grundprinciperna i den etiska plattformen för prioriteringar, fastställd av riksdagen, och den nationella prioriteringsmodellen. I de fall sjukvårdshuvudmän avsätter projektmedel inom KAM-området bör detta inkludera medel för vetenskaplig utvärdering (avsnitt 19.1).

23.4 Forskare

Forskning inom KAM är viktig för att generera kunskap om nytta och risker med olika metoder samt öka förståelsen kring betydelsen av ospecifika effekter. Utredningens förslag är att man prioriterar denna

typ av forskning framför ytterligare kartläggningar av KAM-användningen (avsnitt 19.1). Dessutom föreslår utredningen att samarbetet mellan forskare breddas och stärks, exempelvis finns möjligheten att söka medel från Vetenskapsrådet för konstellationer av forskare.

Vissa KAM-metoder har studerats i ett antal internationella studier med varierande resultat. När det gäller dessa metoder kan man behöva systematiskt sammanställa och analysera redan publicerad forskning för att förstå de stora diskrepanserna i studiernas utfall. En sådan utvärdering skulle kunna tydliggöra om ytterligare svensk interventionsforskning behövs och hur den i så fall borde utformas. Det finns även nya KAM-metoder där effekterna är föga studerade. Om det finns ett rimligt teoretiskt underlag, kan det vara angeläget att utvärdera dem i kliniska studier och undersöka de föreslagna bakomliggande mekanismerna.

23.5 Myndigheter

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Utredningen föreslår, som beskrivs i avsnitt 19.2, att SBU får ett regeringsuppdrag med särskilda resurser att göra en inventering av vilka KAM-metoder som är mest angelägna att utvärdera i perspektivet eventuellt införande i hälso- och sjukvården. Baserat på resultaten av inventeringen kan sedan SBU inom ramen för ett fortsatt regeringsuppdrag utvärdera och sprida kunskap om de prioriterade KAM-metoderna.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Utredningen föreslår att IVO uppdras att tydliggöra sin roll avseende klagomålshantering på KAM-området (kapitel 21).

Konsumentverket

Utredningen föreslår att Konsumentverket ges i uppdrag att presentera konsumentvägledande generisk information om KAM på sidan ”Hallå Konsument” (kapitel 21). Ytterligare förslag är att Konsumentverket arbetar för ökad samverkan och dialog med branschorganisationerna, se ovan (kapitel 22).

Socialstyrelsen

Utredningen anser att det finns ett behov av obunden svensk information om vad olika KAM-metoder innebär, vad man vet om deras nytta och risk samt vad man generellt bör ta reda på om en behandlare om man överväger att använda en KAM metod. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen är navet för denna typ av information. Socialstyrelsen bör kunna sluta avtal med till exempel Norge och Danmark om att utgå från den information om KAM som finns på deras portaler. Innehållet bör ses över av en svensk redaktionen på Socialstyrelsen, med stöd av ett råd, med bland annat representanter för brukare, KAM-utövare, hälso- och sjukvård och myndigheter. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen, i ett samarbete med Inera tillhandahåller detta faktagranskade material för presentation i en KAM-portal på 1177 Vårdguiden. Motsvarande material kan även presenteras för hälso- och sjukvårdens personal på t.ex. Kunskapsguiden och i vårdhandböcker.

På myndigheters hemsidor finns det i dagsläget ingen lättillgänglig information om exempelvis regelverk och försäkring avseende KAM-området. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen även ges i uppdrag att samordna myndigheters generiska information om KAM. Utredningen anser dessutom att Socialstyrelsens uppdrag att ta fram en enhetlig och nationell information som beskriver hur patienter och deras närstående kan klaga på hälso- och sjukvården samt att genomföra insatser för att sprida informationen bör kompletteras och även gälla KAM (kapitel 17). Informationen bör således även inkludera information om vad det nuvarande regelverket runt klagomål inte hanterar. Det vill säga det bör framgå vilken roll IVO och Patientnämnderna har och inte har gällande KAM och vilka vägar som finns för enskilda som ser ett behov av att framföra klagomål på KAM-vården.

Slutligen föreslår utredningen ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att, tillsammans med Universitetskanslersämbetet (UKÄ), föra en dialog med lärosätena om införandet av utbildningsmoment om KAM på vårdutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, farmaceuter, psykologer och dietister samt att ta fram eget utbildningsmaterial om KAM riktat till hälso- och sjukvårdspersonal, enligt resonemanget i kapitel 20.

23.6 Lärosäten

Svenska lärosäten bör enligt utredningen överväga att införa utbildningsmoment om KAM på vårdutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, farmaceuter, psykologer och dietister, motsvarande i storleksordningen 1–2 högskolepoäng. Utbildningen bör innehålla fakta om de viktigaste KAM-metoderna och orienterande information om förklaringsmodeller och bakomliggande syn på hälsa och sjukdom. Den bör även innehålla information om varför KAM-metoder används och vad patienter efterfrågar som de inte upplever att de får i hälso- och sjukvården, samt kunskap om den kritik som riktas mot KAM. Skillnader i reglering och lagstiftning mellan den vård som ges inom hälso- och sjukvården och den som ges utanför denna bör också belysas.

24 Konsekvensutredning

24.1 Övergripande om utredningens förslag

De förslag som vi lämnar i detta delbetänkande syftar till att förbättra och tydliggöra informationen om KAM till allmänheten, hälso- och sjukvården samt KAM-utövare. Utredningen uppmanar även KAM-aktörer att i samverkan med statliga myndigheter, verka för att konsumentperspektivet stärks och att en samsyn uppnås när det gäller förhållningsregler som KAM-aktörer ska hålla sig till i sitt utövande. Utredningens förslag syftar även till att öka kunskapen om KAM hos hälso- och sjukvårdsprofessionen genom att KAM bl.a. blir ett inslag i vårdutbildningarna. Utredningen föreslår vilken policy som bör gälla när man överväger att införa KAM-metoder i hälso- och sjukvården. Förslagen innebär också en precisering av hur aspekter som rör KAM kan inbegripas i några myndigheters verksamhet.

I slutbetänkandet återkommer vi med förslag till ny lagstiftning som syftar till att utveckla och precisera den lagstiftning som begränsar rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. Lagförslagen kommer också inbegripa de delar i uppdraget som handlar om möjligheterna att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar.

24.2 Konsekvenser med relevans för det svenska EU-medlemskapet

Utredningen lämnar förslag till initiativ till information om KAM riktade mot bl.a. invånare, utövare inom KAM och hälso- och sjukvården. Utredningen gör även några bedömningar i frågor som syftar till att förbättra konsumentskyddet och förtydliga de ramar som

KAM-utövare har att verka inom när de avser att yrkesmässigt bedriva näring i Sverige.

Utredningen gör bedömningen att förslagen är i enlighet med det svenska medlemskapet i den europeiska unionen och inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet.

24.3 Konsekvenser för miljön

Utredningen har gjort en miljörelevansbedömning. Utredningens bedömning är att förslagen inte kommer ha en inverkan på miljön. Förslagen har ingen direkt påverkan på förbrukningen eller hanteringen av läkemedel, kosttillskott eller andra miljöfarliga förbrukningsvaror inom sektorn. Förslaget har inte heller direkta konsekvenser för omfattningen av resor för patienter/vårdsökande eller anställda inom KAM-sektorn och hälso- och sjukvården.

24.4 Konsekvenser för jämställdhet och integration

Avsikten är att utredningens förslag bl.a. ska leda till en bättre tillgång till kunskap om KAM som är anpassad för såväl professionernas som vårdsökandes/patienternas och allmänhetens behov.

Utredningens förslag bedöms i viss utsträckning kunna ha en positiv inverkan på frågor som rör jämställdhet och integration då en ökad kunskap ökar förutsättningar att förstå vårdsökandens olika behov. Förslagen kommer dock inte att beröra kvinnor och män i lika stor utsträckning eftersom kvinnor är i majoritet både när det gäller antalet utövare som antalet vårdsökande. Undervisning om KAM i vårdutbildningar kan bidra till ökade insikter om medicinska metoder med ursprung i andra kulturer.

24.5 Konsekvenser för de berörda myndigheterna

Flera av utredningens förslag innebär förtydliganden av myndigheternas uppdrag på områden där frågor om KAM och gränssnittet till hälso- och sjukvården kan uppkomma. I vissa delar innebär utredningens förslag att myndigheterna får nya uppdrag. Dessa uppdrag

bör finansieras med särskilda medel inom ramen för regeringsuppdrag. De myndigheter som främst berörs av utredningens förslag, utöver Socialstyrelsen är Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Konsumentverket. Utredningens förslag medför emellertid inte att nivån på förvaltningsanslagen till myndigheterna bör förändras.

Socialstyrelsen berörs såtillvida att utredningen föreslår att myndigheten bl.a. ska ansvara för framtagandet av information om KAM som kan användas av myndigheten men även andra myndigheter, sjukvårdshuvudmän, 1177 och andra berörda och intresserade aktörer. Utredningen föreslår även att utbildningsmaterial om KAM, riktad mot hälso- och sjukvårdspersonalen, ska tas fram och tillgängliggöras av Socialstyrelsen. Därutöver föreslås att Socialstyrelsen tillsammans med Universitetskanslersämbetet (UKÄ) ska föra en dialog med lärosätena om införandet av utbildningsmoment om KAM på vårdutbildningarna. För att kunna genomföra dessa uppdrag föreslår utredningen att särskilda medel tillskjuts Socialstyrelsen under en begränsad tid. En redogörelse för finansieringen återfinns i avsnitt 24.10.

Förslagen om att inom ramen för patientsäkerhetsarbetet precisera de olika gränssnitten mellan KAM och hälso- och sjukvården, får anses ligga i linje med det uppdrag Socialstyrelsen har i dag och bedöms därför inte medföra några merkostnader.

SBU föreslås få ett nytt uppdrag som handlar om att genomföra särskilt angelägna granskningar av det vetenskapliga underlaget för KAM-metoder som kan vara aktuella att införa i hälso- och sjukvården. För att kunna genomföra ett sådant uppdrag utan att annan angelägen verksamhet nedprioriteras, krävs att särskilda medel tillskjuts myndigheten under en begränsad tidsperiod. Utredningens förslag till finansiering återfinns i avsnitt 24.10.

IVO har i dag genom patientsäkerhetslagen en skyldighet att agera om missförhållanden hos en KAM-aktör kommer till deras kännedom. Missförhållanden kan bl.a. bli kända genom att personer upplyser IVO om sådana. Utredningens förslag innebär att IVO ska utveckla de delar av den utåtriktade information som handlar om patientsäkerhetslagen, tillsyn m.m. så att den även omfattar vård som utförs av andra än vårdpersonal. Detta får anses redan ingå i IVO:s nuvarande uppdrag och några särskilda medel behöver enligt utredningens bedömning inte tillskjutas. De lagförslag som kommer att

föreslås i utredningens slutbetänkande, kommer att ställa ytterligare krav på IVO när det gäller information internt och externt. Utredningen återkommer i slutbetänkandet med ytterligare överväganden rörande IVO.

Konsumentverket föreslås få i uppdrag att utarbeta information om KAM som ska publiceras på myndighetens hemsida. För att kunna fullgöra detta uppdrag krävs att särskilda medel tillförs, främst för att öka allmänhetens kännedom om informationen, vilket beskrivs nedan. Utredningen gör även bedömningen att Konsumentverket bör ta initiativ till samverkan och dialog med KAM-branschen. Detta skulle på sikt kunna resultera i vägledningar och branschöverenskommelser eller andra initiativ. De föreslagna aktiviteterna utgör sådant som Konsumentverket normalt utför inom ramarna för den ordinarie verksamheten. Några ytterligare medel behöver enligt utredningens bedömning därför inte tillföras Konsumentverket i denna del.

24.6 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen och finansieringsprincipen

Utredningens förslag ryms inom ramarna för den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen och innebär inte några nya åligganden för huvudmännen. Mot den bakgrunden bedömer utredningen att finansieringsprincipen inte heller blir tillämplig.

De förslag om information om KAM som utredningen anser bör finnas på den av huvudmännen gemensamt ägda informationsportalen 1177 ska främst finansieras genom att staten tillskjuter tillfälliga medel. Det står i övrigt landstingen fritt att tillgängliggöra den information om KAM som bl.a. Socialstyrelsens får i uppdrag att ta fram.

24.7 Konsekvenser för företag

Utredningens förslag innebär ett ökat fokus på information och invånarnas säkerhet gällande KAM. Utredningen anser inte att de förslag som presenteras i detta delbetänkande kommer att ha någon inverkan på KAM-utövares möjlighet att verka. Däremot innebär förslagen en mer enhetlig och tydligare kravställning på KAM-

utövare från samhällets sida. Flera av dessa krav kan anses gälla redan i dag.

Utredningen återkommer i slutbetänkandet med lagförslag som har en påverkan på KAM-aktörer. En redogörelse för eventuella konsekvenser för KAM-utövare kommer att återfinnas i det betänkandet.

Som har redogjorts för i kapitel 6 är det inte möjligt att ge en fullständig bild av antalet företag och sysselsatta inom KAM-sektorn eftersom det inte finns någon sammanställd officiell statistik. De flesta KAM-utövarna förefaller emellertid vara egenföretagare. Enligt SCB:s fanns det år 2017 cirka 21 900 företag inom enheter för annan öppen hälso- och sjukvård utan läkare samt inrättningar för kroppsvård (SNI-koder). Därutöver finns viss massageverksamhet som ligger utanför denna definition. Det går inte att säga hur stor andel av dessa företag som utgörs av KAM-aktörer. Än större osäkerhet råder kring antalet verksamma personer inom KAM. Det absoluta flertalet av företagen som innefattas i definitionerna öppen hälso- och sjukvård utan läkare/inrättningar för kroppsvård har inte några anställda (över 80 procent för båda kategorierna).

24.8 Konsekvenser för samhällsekonomin

Utredningens förslag syftar till att bl.a. förbättra säkerheten för de invånare som uppsöker KAM samt att förbättra kunskapen om KAM bland allmänheten, i hälso- och sjukvården men även hos KAM-utövare. Förslagen syftar vidare till att de statliga myndigheterna och sjukvårdshuvudmännen ska arbeta mer systematiskt när det gäller information där KAM-frågor kan vara aktuella. Syftet med dessa förslag är att öka säkerheten för invånarna och minska risken för åtgärder som leder till skador, sjukskrivningar m.m. utan att begränsa förutsättningarna för KAM-aktörer att verka.

Sammantaget bedömer utredningen att förslagen kan komma att ha en högst begränsad (positiv) effekt på samhällsekonomin.

24.9 Konsekvenser för de offentliga finanserna

Utredningens förslag syftar till ett tydligare uppdrag gällande KAM till myndigheterna. KAM är och kommer även fortsättningsvis vara en liten del av myndigheternas uppdrag. Utredningens bedömning

är att detta inte medför ökade kostnader för myndigheterna utöver kostnaderna för specifika regeringsuppdrag.

Eftersom förslagen i övrigt inte bedöms ha någon påverkan på KAM-utövares förutsättningar att bedriva verksamhet, ser inte utredningen att förslagen kommer ha någon negativ påverkan på de offentliga finanserna i form av minskade skatteintäkter, minskad sysselsättning etc.

24.10 Finansiering av utredningens förslag

- Utredningen föreslår att särskilda medel avsätts under en begränsad tid för att genomföra utredningens förslag.
- För Socialstyrelsen bör 2 miljoner kronor per år avsättas under två års tid för att ta fram information om KAM som bl.a. ska publiceras på 1177 Vårdguiden. Därefter bör 600 000 kronor avsättas per år för att underhålla och uppdatera framtagen information. Högst 2 miljoner kronor bör avsättas i ett engångsbelopp för att ta fram utbildningsmaterial för vårdpersonal rörande KAM. För att tillsammans med UKÄ föra en dialog med lärosätena om införandet av utbildningsmoment om KAM på vårdutbildningarna bör högst 600 000 kronor tillföras Socialstyrelsen.
- För SBU bör 500 000 kronor avsättas för att genomföra en inventering av KAM-metoder som skulle kunna vara aktuella för införande i hälso- och sjukvården. Beroende på utfall av inventeringen bör upp till 10 miljoner kronor avsättas, fördelat på fyra år för att ta fram ”SBU-kommenterar” och utvärderingsrapporter där det är lämpligt.
- För Konsumentverket bör sammantaget 3,5 miljoner kronor under två år avsättas (2 respektive 1,5 miljoner kronor för första och andra året) för marknadsföring av information om KAM som ska ligga på myndighetens hemsida.

För att kunna fullgöra de nya uppdrag som föreslås, är utredningens bedömning att myndigheterna bör tillföras nya tillfälliga medel för att andra uppgifter inte ska nedprioriteras.

Socialstyrelsen

Utredningen har föreslagit att Socialstyrelsen får i uppdrag att ansvara för framtagandet av information om KAM som kan användas av 1177 Vårdguiden, myndigheter, sjukvårdshuvudmän, intresseorganisationer m.m. För att kunna genomföra uppdraget krävs att Socialstyrelsen har tillgång till relevant expertis men även utnyttjar och bearbetar redan framtaget material. Här bör Socialstyrelsen samarbeta med Danmark och Norge som redan har eller håller på att ta fram material om olika KAM-metoder. För att kunna genomföra uppdraget krävs bl.a. medel för att ersätta experter samt en projektorganisation. Eftersom materialet även ska finnas tillgängligt på 1177 Vårdguiden, uppstår även vissa förvaltningskostnader, som staten bör stå för. Utredningens bedömning är att kostnaderna i ett uppstartsskede (cirka två år) kommer att uppgå till 2 miljoner kronor per år. Därefter kommer kostnaderna vara lägre eftersom arbetet främst kommer att koncentreras till att redigera och uppdatera befintliga informationstexter. Vissa kostnader kommer, som nämnts ovan, även att finnas för förvaltningen av materialet på 1177 Vårdguiden. Utredningen uppskattar totalt dessa kostnader till 600 000 kronor per år. Även framgent bör Socialstyrelsen samarbeta med Norge och Danmark.

Vi föreslår även att Socialstyrelsen tar fram ett digitalt utbildningsmaterial som ska stödja vårdpersonal i hur de ska hantera frågor om KAM från patienter och anhöriga samt var de kan hitta ytterligare kvalitetssäkrad information. Utredningen bedömer att kostnaden för framtagandet av ett utbildningsmaterial skulle, beroende på utformning och ambitionsnivå, högst bör uppgå till cirka 2 miljoner kronor.

Förslaget om att Socialstyrelsen tillsammans med Universitetskanslersämbetet (UKÄ) ska föra en dialog med lärosätena om införandet av utbildningsmoment om KAM på vårdutbildningarna bedöms initialt ligga inom myndighetens befintliga uppdrag. Samverkan med andra myndigheter är en naturlig del av myndighetsarbetet. Bedöms det finnas behov av ett mer strukturerat samarbete är utredningens bedömning att särskilda medel bör tillföras Socialstyrelsen under en begränsad period. Utredningen uppskattar dessa kostnader till 600 000 kronor. Detta skulle exempelvis inkludera arbete på deltid under en begränsad period för att träffa och föra dialog med berörda lärosäten som anordnar de föreslagna utbildningarna om införande av utbildningsmoment om KAM.

Utredningen föreslår att uppdragen till Socialstyrelsen finansieras genom anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* (*Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*). Inom detta anslag hanteras flera satsningar, bl.a. klagomålshantering och patientsäkerhet, och som har beröringspunkter med utredningens förslag.

Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen ska anpassa och utveckla information om klagomålshantering och patientsäkerhet för att precisera gränssnitten mellan KAM och hälso- och sjukvården. Förslagen i denna del får anses ligga i linje med det uppdrag myndigheten har i dag gällande patientsäkerhet samt en enkel, enhetlig och säker klagomålshantering och bedöms därför inte medföra några merkostnader.

SBU

Utredningen föreslår att SBU ska få ett regeringsuppdrag att göra en inventering av vilka KAM-metoder som är mest angelägna att utvärdera i perspektivet eventuellt införande i hälso- och sjukvården. Baserat på resultaten av inventeringen skulle SBU sedan inom ramen för ett fortsatt regeringsuppdrag ta fram kommentarer och/eller utvärderingsrapporter om de prioriterade KAM-metoderna.

Utredningen bedömer att kostnaderna för att göra en första inventering skulle uppgå till cirka 500 000 kronor. Kostnaderna för ett fortsatt regeringsuppdrag är beroende av behov och ambitionsnivå. Framtagande av en ”SBU kommenterar” uppgår till cirka 300 000 kronor och uppåt. Framtagandet av utvärderingsrapporter är mer kostnadskrävande och uppgår, beroende på omfattning, till cirka 2 miljoner kronor och uppåt.

Kostnaden för fyra ”SBU kommenterar” och två utvärderingsrapporter av medelstor omfattning bedöms exempelvis uppgå till cirka 10 miljoner kronor. Kostnaderna skulle i sådant fall kunna fördelas på flera år. Fördelat på en fyraårsperiod skulle det innebära ett tillskott till SBU om i snitt 2,5 miljoner kronor per år efter det att en första grundläggande inventering har gjorts.

Utredningen föreslår att genomförandet av en inventering samt framtagandet av ”SBU kommentarer” och utvärderingsrapporter finansieras genom *anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård (Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg).*

IVO

Enligt utredningen finns det ett behov av att IVO omarbetar sin information om sitt uppdrag rörande KAM. Myndigheten anser att detta är något som ryms inom IVO:s nuvarande uppdrag och finansiering.

Konsumentverket

Utredningens förslag innebär att Konsumentverket ska ta fram information om KAM som ska publiceras på Hallå Konsument samt samverka med bl.a. Socialstyrelsen när det gäller framtagande av information. För att informationen ska bli känd bland allmänheten finns enligt utredningen behov av särskilt riktade informationsinsatser. Bedömningen är att kostnaderna för dessa insatser kommer att uppgå till 2 miljoner kronor det första året och 1,5 miljoner kronor det efterföljande året. Utredningen föreslår att marknadsföringen av informationen finansieras genom *anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård (Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg)*. Detta anslag är det mest lämpliga eftersom satsningen utgör en del i det övergripande uppdraget till Socialstyrelsen att ta fram information om KAM.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av docent Maria Arman

Tacksam för förtroendet har jag deltagit i expertkommitténs möten 2017–2019. Arbetet med utredningen har genomförts metodiskt och transparent och i en dialogisk anda. Nedan bifogas mina kompletterande synpunkter. Jag yttrar mig här som forskare och inte i egenskap av representant för Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening.

Som vårdvetenskaplig forskare och sjuksköterska ser jag att fenomenet integrativ vård och goda exempel på det kunde getts mer engagemang och plats i utredningen. I utredningens direktiv finns frågan om integration implicit i direktiv om kontakter, förståelse, kommunikation och information. Direktivet efterfrågar förslag till policy för kommunikation och för införande av nya metoder i hälso- och sjukvården. Dessa aspekter är berörda men utan framgångsrika förslag till alternativ eller förändringar. Jag efterlyser ett mer utvecklat förslag om hur befintlig hälso- och sjukvård och legitimerad vårdpersonal kan ta vara på och utveckla vården för sina patienter med hjälp av komplementära och alternativa metoder.

Gränsen mellan KAM och konventionell vård behöver inte vara så skarp. Metoder som varit alternativa har integrerats tidigare. Det finns exempel på integrativ vård: Vidar rehab i Sverige samt initiativ i offentlig vård som den integrativa enheten på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, exempel där legitimerad personal samarbetar med icke legitimerade utövare eller lär sig nya metoder av KAM. Många fler exempel finns i andra länder i Norge, Danmark och Tyskland vilka också har besökts av utredaren. Varför dras inte tydligare och mer vägledande råd och slutsatser från det integrativa området, när det gäller estetik, konst och musik, beröringsterapier,

oljor och örter, kost och örtteer, andning, rörelseterapier och meditation, alla exempel på ofarliga vårdande metoder som i dag bara utövas inom KAM?

Utredningen har arbetat utifrån ett biomedicinskt och juridiskt paradigm där hälsa är motsats till sjukdom i förenklad bevisföring. Vårdvetenskap utgår från humanvetenskapligt synsätt på hälsa vilket integreras med biomedicin i sjuksköterskors profession. Hälsa kan med ett vårdvetenskapligt synsätt främjas på många fler sätt än genom att bota sjukdom. Med fenomenologiskt synsätt blir den upplevda hälsan synlig dvs. evident. Men vad som är evidens påverkas av det paradigm som valts. Genom integrativ vård finns en potential för utveckling, inte minst när det gäller klinisk omvårdnad och sjuksköterskors vårdområden. Jag anser att framtidens hälso- och sjukvård kan vinna på att integrera utvalda metoder och att inspireras av KAM.

Ett sparsamt beaktat faktum gäller genus och makt. KAM utövas främst av kvinnor och nyttjas av en majoritet kvinnor. Vad vet man om orsaker till detta genusglapp? Är hälso- och sjukvården begränsad i sin struktur vilket får kvinnor att söka alternativ vård när de upplever ohälsa? Är det något i samhället som gör att kvinnor får särskilda hälsoproblem? Forskning inom fältet säger att kvinnor oftare uppfattar sin ohälsa integrerad med hela sitt liv medan män oftare relaterar sin ohälsa primärt till kroppen, det vill säga en djupare paradigmkonflikt rörande hälsa råder, genusrelaterad eller ej. Denna grundfråga om hälsa och helhetssyn är värd att studera djupare.

Huddinge den 3 mars 2019

Maria Arman
docent i vårdvetenskap, Karolinska Institutet

Kommittédirektiv 2017:43

Ökat patientinflytande och patientsäkerhet inom annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården

Beslut vid regeringssammanträde den 27 april 2017

Sammanfattning

Patientens rätt att själv välja vilken vård och behandling man vill ha för sina besvär måste i största möjliga utsträckning respekteras. Denna rätt måste dock vägas mot intresset av att upprätthålla hög patientsäkerhet. För att den som söker vård ska kunna göra ett välinformerat val av vårdgivare och vårdmetoder måste det vara möjligt att också få information om behandlingsmetoder som finns utanför den etablerade hälso- och sjukvården, vård som även kallas alternativ, komplementär och integrativ medicin, även i de fall sådan vård inte finansieras av det allmänna, samt information om evidens om metodernas effekt. Kunskaperna om behandlingsmetoder som används utanför den etablerade vården är otillräckliga. Detsamma gäller kunskaperna om aktuella forskningsresultat och pågående forskning om sådana metoder. Metoder som i dag används vid vård utanför den etablerade hälso- och sjukvården kan i framtiden, efter forskning och utvärdering, bli en värdefull del av den etablerade vården. En sådan utveckling skulle gynnas om det skapades bättre förutsättningar för kontakter och erfarenhetsutbyten mellan personer som är verksamma i och utanför den etablerade hälso- och sjukvården, men också skapa ökad patientsäkerhet.

En särskild utredare ges i uppdrag att

- genomföra en kartläggning av aktuella forskningsresultat och pågående forskning när det gäller behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården
- kartlägga vilka olika utvärderingsmetoder som används för sådana behandlingar. Därutöver ska redovisas i vilken mån de alternativa metoderna genomgår klinisk prövning enligt gängse praxis samt vilka eventuella hinder som finns för sådan prövning
- bidra till att öka kontakterna och förståelsen mellan den etablerade vården och den vård som är utanför den etablerade vården i syfte att öka patientsäkerheten. Om kommunikationen behöver förbättras ska förslag till sådana förbättringar lämnas
- lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som i dag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården, men som efter utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård
- lämna förslag till ett system som bidrar till att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välövervägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ
- utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar för den som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör begränsas.

Utredaren får lämna de andra förslag som är motiverade och samhällsekonomiskt effektiva för att öka patientsäkerheten för sådan vård som bedrivs utanför den etablerade hälso- och sjukvården.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019.

Bakgrund

Hälso- och sjukvården

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102).

Hälso- och sjukvård utförs av såväl offentliga som privata aktörer. Det finns variationer i utbudet av vård och det förekommer också att olika vårdgivare använder olika behandlingsmetoder för att behandla en viss sjukdom.

I Sverige finns ett mycket omfattande regelverk som reglerar hälso- och sjukvården och tandvården. Regelverket består av mer än 250 författningar: lagar, förordningar och föreskrifter av olika omfattning. Till de centrala lagar som innehåller föreskrifter om hälso- och sjukvård samt produkter som används vid sådan vård samt olika vårdförmåner hör hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk tvångsvård, lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, patientskadelagen (1996:799), smittskyddslagen (2004:168), lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, patientdatalagen (2008:355), lagen (2009:366) om handel med läkemedel, lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel, patientsäkerhetslagen (2010:659), patientlagen (2014:821) och läkemedelslagen (2015:315). Utöver dessa lagar finns bestämmelser som är av stor betydelse för hälso- och sjukvården i många andra lagar, exempelvis lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m., lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Det finns även ytterligare lagar samt ett stort antal föreskrifter om hälso- och sjukvård i olika förordningar samt i myndighetsföreskrifter. Bl.a. etikprövningsnämndernas regler för forskning på människor och Läkemedelsverkets regelverk för kliniska prövningar ligger till grund för all utveckling av nya behandlingsmetoder och läkemedel.

En av de grundläggande författningarna inom hälso- och sjukvården är hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL. Med hälso- och sjukvård avses i HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. Denna definition av begreppet hälso- och sjukvård har en avgörande betydelse för tillämpningen av många olika författningar och föreskrifter på hälso- och sjukvårdens område. En annan grundläggande författning på hälso- och sjukvårdsområdet är patientlagen (2014:821), vars syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens in-

tegritet, självbestämmande och delaktighet inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Patientlagens definition av vad som avses med hälso- och sjukvård är likalydande med den som finns i HSL. Dessa definitioner av vad som avses med hälso- och sjukvård har också stor betydelse för andra regleringar på hälso- och sjukvårdens område.

Kärnan i den svenska hälso- och sjukvården och tandvården kan således sägas bestå av *åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador*.

För att uppnå de övergripande målen för hälso- och sjukvårdspolitiken innehåller bl.a. hälso- och sjukvårdslagstiftningen bestämmelser som syftar till att skapa en tillgänglig, patientsäker och effektiv vård. En annan grundläggande utgångspunkt inom den etablerade hälso- och sjukvården är de olika krav på etiska bedömningar som ska göras inför eller vid utförande av vården samt vid forskning. Under senare år har dessutom olika regleringar tagits fram i syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Inom den etablerade hälso- och sjukvården omfattas således vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal av en rad krav som bl.a. innebär skyldigheter att tillhandahålla en god vård, olika former av vårddokumentation (bl.a. i form av patientjournaler), patientsäkerhetsarbete, information till patienter, etiska bedömningar samt krav på att vården ska utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och därutöver bestämmelser om tillsyn över vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.

Att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad är en fundamental utgångspunkt för den etablerade hälso- och sjukvården i Sverige. Hälso- och sjukvården ska enligt 5 kap. 1 § HSL bl.a. bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta krav innebär i korthet att det ska säkerställas att den som söker vård och behandling blir väl omhändertagen och behandlad av kompetent personal som har de kunskaper som behövs. I kravet på god vård ligger bl.a. att vården ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (se prop. 1981/82:97, s. 23). Av patientsäkerhetslagen (2010:659) följer också att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt

(6 kap. 1 §). Landstingen och kommunerna ansvarar för att medborgarna erbjuds god offentligt finansierad hälso- och sjukvård i enlighet med kraven i HSL.

Det har i olika sammanhang, exempelvis i förarbetena till den upphävda hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), framhållits att utgångspunkten i Sverige är att det i princip är fritt för vem som helst att vara verksam på hälso- och sjukvårdens område (prop. 1981/82:97, s. 83 f.). Samtidigt har det konstaterats att det finns omfattade inskränkningar i denna frihet.

Den ovan beskrivna hälso- och sjukvårdsregleringen tillämpas inte för all hälso- och sjukvård. Den vård som omfattas av nämnda reglering kommer i detta kommittédirektiv att benämnas den etablerade hälso- och sjukvården. För annan hälso- och sjukvård finns olika uttryck som integrativ medicin, alternativ medicin eller komplementär medicin.

Behovet av förbättringar inom den etablerade hälso- och sjukvården

Även om svensk hälso- och sjukvård kännetecknas av en god kvalitet i stort kvarstår vissa utmaningar när det gäller t.ex. samordning och tillgänglighet. Det återstår också arbete för att hälso- och sjukvården i större utsträckning ska vara jämlik och jämställd. Även läkemedelsanvändningen inom hälso- och sjukvården behöver förbättras så att inte patienter behöver sjukvård på grund av olämplig eller felaktig läkemedelsbehandling. Tillgängligheten i vården är en fortsatt utmaning, liksom arbetet med att se till patienters skiftande behov och vårdsituation.

Att hälso- och sjukvården ska vara jämställd handlar om att synliggöra kvinnors och mäns förutsättningar till jämlik vård och motverka omotiverade skillnader. På så sätt är jämställd vård ett led i arbetet med jämlik vård.

Vissa patienter upplever brist på exempelvis helhetssyn, personligt bemötande och tid med läkare inom hälso- och sjukvården. Den etablerade vården behöver utvecklas ytterligare mot ett mer patientcentrerat synsätt.

Uttrycken alternativ, komplementär och integrativ medicin

Det finns ingen klar avgränsning av uttrycken integrativ medicin, alternativ medicin och komplementär medicin. Den internationella definitionen av integrativ medicin är mycket bred. Den omfattar alla metoder och behandlingar som inte ingår i landets gängse sjukvård och som därför betraktas som oetablerade. Vad som avses med integrativ, alternativ och komplementär medicin växlar således från land till land.

Alternativmedicin är den term som vanligtvis har använts i Sverige under de senaste årtiondena. Kännetecknande för denna är att verksamheten bl.a. bygger på en annan teoretisk grund än den etablerade medicinen. Ofta hänger den samman med ett holistiskt synsätt, till skillnad från den etablerade hälso- och sjukvården som vilar på en naturvetenskaplig grund. The Cochrane Collaboration, en internationell organisation som verkar för att samla all tillgänglig vetenskap som rör behandling och som baseras på randomiserade, kontrollerade studier, har beskrivit området alternativmedicin som alla de former för vård som i ett visst samhälle eller i en viss kultur under en viss historisk period existerar utanför det politiskt dominerande hälso- och sjukvårdssystemet.

Uttrycket komplementär medicin har kommit att användas mer och mer. Men i grunden innebär uttrycket detsamma som alternativ medicin. Uttrycket komplementär medicin avser mer att spegla i vilket sammanhang terapierna används, nämligen då dessa används som ett komplement till hälso- och sjukvården, i motsats till sådana terapier som enbart används som ett alternativ till den etablerade hälso- och sjukvården. När detta uttryck används, avses vanligtvis sådana metoder som under vissa förhållanden används av hälso- och sjukvårdspersonal, även om metoden principiellt sett kan betraktas som ”alternativ” i den meningen att den traditionellt inte har hört hemma inom den etablerade hälso- och sjukvården. Detta gäller t.ex. akupunktur, massage och qigong.

Integrativ medicin, även kallad integrerad medicin, innebär att en kombination av vanlig sjukvård och komplementära eller alternativmedicinska metoder används inom hälso- och sjukvården. Enligt en annan beskrivning står integrativ medicin för ett forskningsområde vars mål är att ta hänsyn till hela människans behov genom att in-

tegrera biologiska, psykologiska och sociala perspektiv. Denna formulering rymmer inget som avviker från strävanden som är ständigt förekommande inom hälso- och sjukvården. Integrativ medicin har dock getts varierande innebörd.

På Karolinska institutet verkar ett antal forskargrupper inom forskningsområdet integrativ medicin. Forskning inom integrativ vård omfattar frågor som att titta på potentiellt negativa faktorer som begränsad evidens för effektivitet, oro för patientsäkerheten och negativa biverkningar liksom att titta på potentiellt positiva effekter som ökad patienttillfredsställelse, en växande forskningsevidens inom området, holistisk omvårdnad och möjligheter till kostnadseffektivitet. Till exempel strävar forskningsgruppen Integrativ vård efter att öka den akademiska och forskningsmässiga kunskapen om den integrativa vårdens effekter och möjligheter samt att övervinna begränsningar ur olika perspektiv. Forskningsgruppen samarbetar med en rad forskare från olika fackområden och är bl.a. rådgivare åt World Health Organization (WHO). Ett annat exempel, även det från Karolinska institutet, är Osher centrum för integrativ medicin. Inom integrativ medicin kan konventionell medicin kombineras med behandling eller kunskap från komplementär och alternativ medicin men med höga krav på vetenskaplig evidens och utvärdering.

WHO kallar inriktningen för traditionell och komplementär medicin (T&CM) och definierar den som summan av kunskap, skicklighet och praxis som bygger på teorier, övertygelser och erfarenheter från olika kulturer, vare sig förklarade eller inte, som används för att förebygga, diagnostisera, förbättra eller behandla fysisk och psykisk ohälsa.

Det förekommer att metoder som har sitt ursprung i T&CM och som har betraktats som integrativ medicin efter att ha utvärderats tas i bruk inom den etablerade sjukvården. Ett exempel på detta är naprapati och kiropraktik. När alternativa behandlingsformer används inom hälso- och sjukvården kan det vara som ett komplement eller så integreras de helt i den etablerade vården. Av detta följer att gränserna mellan den etablerade och den integrativa vården inte alltid är tydliga.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att de ovan beskrivna uttrycken inte är helt synonyma eller ens entydiga i sig. En gemensam nämnare för de olika uttrycken alternativ medicin, komplementär

medicin och integrativ medicin är dock att de i samtliga fall innefattar behandlingsformer som består av åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

För att i detta kommittédirektiv kunna skilja de olika formerna av vård åt kommer sådan vård som utförs utanför den etablerade vården nedan att benämnas *andra former av vård* eller *vård utanför den etablerade hälso- och sjukvården*.

Världshälsoorganisationens (WHO) strategi

FN-organet WHO bedriver ett omfattande arbete inom det område som benämns T&CM. Med T&CM avser WHO summan av den kunskap som av tradition använts i många länder för att förebygga ohälsa, ställa diagnos och behandla sjukdomar. Enligt WHO kan tillgång till säker och effektiv T&CM och alternativ- och komplementärmedicin vara ett livsviktigt instrument för att öka tillgången på hälsovård i utvecklingsländerna, där mer än en tredjedel av befolkningen saknar tillgång till livsnödvändiga mediciner. WHO har även utarbetat en strategi och riktlinjer för T&CM åren 2014–2023 vilka redovisas i rapporten WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023. Syftet med rapporten är att diskutera den roll T&CM kan spela i dagens hälsosystem, dagens utmaningar och möjligheter samt WHO:s roll och strategi för traditionell medicin. De riktlinjer som WHO har utarbetat om T&CM är avsedda att genomföras i alla medlemsländer.

Strategin är antagen av WHO, dock inte av WHA som är WHO:s beslutande organ där medlemsländerna finns representerade. Strategin syftar till att stödja medlemsstaterna att utveckla en nationell policy för utvärdering och reglering av T&CM-metoder och att genomföra handlingsplaner för att stärka den roll som den integrativa medicinen spelar i att hålla människor friska. Strategin är också tänkt att hjälpa medlemsstaterna att utnyttja det potentiella bidraget av integrativ medicin samt att bl.a. skapa en starkare evidensbas när det gäller säkerhet, effektivitet och kvalitet av T&CM-produkter och metoder.

WHO ställer i strategin upp en rad strategiska åtgärder som medlemsstaterna bör vidta, bl.a. att utveckla och dela lämpliga metoder och kriterier för utvärdering av säkerhet, effektivitet och kvalitet av T&CM samt att t.ex. tillgängliggöra resurser för forskning, utveckla

lämpliga forskningsmetoder och uppmuntra investeringar samt säkerställa att T&CM täcks av försäkringssystemen. WHO menar även att medlemsländerna bör definiera omfattningen av sektorn genom användning av data som identifierar antalet människor som använder traditionell medicin samt sina skäl för att använda sådan medicin och om användningen följer råd från vårdpersonal och om hälso- och sjukvårdspersonal vet om patienternas användning av sådan vård.

Omfattningen av de andra formerna av vård

Antalet sysselsatta med andra former av vård i Sverige går inte att ange exakt, men 2007 var det drygt 25 500 personer som arbetade inom de branscher som omfattar sådan vård. I Sverige finns också ett antal organisationer och förbund som organiserar utövare av andra former av vård, exempelvis Svenska Homeopaters Riksförbund, Svenska Naturmedicinska Sällskapet, Näringsmedicinska Terapeutförbundet, Kroppsterapeuternas yrkesförbund, Läkarföreningen för integrativ medicin, Föreningen för integrativ medicin och Läkarföreningen för antroposofiskt orienterad medicin.

Resultatet från de studier som gjorts visar att många någon gång vänt sig till vårdgivare som är verksamma utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Av SCB:s rapport Ohälsa och sjukvård 1980–2005 framgår att nästan var tionde man och kvinna under loppet av 12 månader hade behandlats för kroppsliga eller psykiska besvär av naprapat, akupunktör, zonterapeut, homeopat eller liknande.

En studie från 2002 som gjordes på uppdrag av Stockholms läns landsting visade att nästan hälften av de 1 001 tillfrågade personerna under det senaste året hade sökt vård utanför den etablerade vården. I en motsvarande undersökning i slutet av 1980-talet var siffran en femtedel. Under våren 2002 kartlade det dåvarande Landstingsförbundet 16 av landets landsting. Alla erbjöd massage och akupunktur, som enligt kartläggningen betecknades som alternativmedicinska metoder.

Forskning om behandlingsmetoder som används utanför den etablerade vården

I Sverige finns det i dag ingen omfattande dokumenterad kunskap om vilken forskning som bedrivs om behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården eller om vilka metoder som används vid utvärdering av nya behandlingsmetoder inom sådan vård. Det är oklart hur möjligheterna ser ut avseende att bedriva forskning om behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården samt hur de finansiella förutsättningarna att bedriva sådan forskning ser ut.

Rättslig reglering som gäller vid andra former av hälso- och sjukvård

Ur ett rättsligt perspektiv tydliggörs gränsen mellan den etablerade hälso- och sjukvården och de andra formerna av hälso- och sjukvård främst genom 5 kap. patientsäkerhetslagen.

Av 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen följer att andra än hälso- och sjukvårdspersonal inte yrkesmässigt får undersöka någon annans hälsotillstånd eller behandla någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon av följande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte:

1. behandla sådana smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen (2004:168) är anmälningspliktiga sjukdomar,
2. behandla cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning,
3. undersöka eller behandla någon annan under allmän bedövning eller under lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel eller under hypnos,
4. behandla någon annan med radiologiska metoder,
5. utan personlig undersökning av den som sökt honom eller henne, lämna skriftliga råd eller anvisningar för behandling,
6. undersöka eller behandla barn under åtta år, eller
7. prova ut kontaktlinser.

Bestämmelserna i 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen är straffsanktionerade genom 10 kap. 6 § samma lag. Straff kan följa om någon bryter mot någon av bestämmelserna i 5 kap. 1 § 1–7. Straff kan också följa om någon under utövning av verksamhet som sägs i 5 kap. 1 § uppsåtligen eller av oaktsamhet tillfogar den undersökte eller behandlade en skada, som inte är ringa, eller framkallar fara för sådan skada. Detta gäller oavsett om skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i eller dröjsmål med läkarvård.

Den omständigheten att gärningsmannen på grund av brist i utbildning och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran befriar inte honom eller henne från straffansvar enligt ovan.

Förutom nämnda straffbestämmelse finns i 10 kap. 8 § patientsäkerhetslagen en bestämmelse som innebär att Inspektionen för vård och omsorg kan förbjuda den som gjort sig skyldig till ett sådant brott som anges i 6 § att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet som anges i 5 kap. Ett sådant förbud får förenas med vite. Den som överträtt ett sådant förbud får inte dömas till straff om gärningen omfattas av vitesförbudet.

Utöver det som redovisats ovan finns bestämmelser i vissa andra lagar, främst lagar som har till syfte att skydda konsumenter, som har betydelse för den som utövar andra former av hälso- och sjukvård och för patienter. Ett exempel på en sådan lag utgör produktsäkerhetslagen (2004:451), som syftar till att säkerställa att varor och tjänster som tillhandahålls konsumenter inte orsakar skada på person. Lagen tillämpas för varor och tjänster som tillhandahålls i näringsverksamhet och i offentlig verksamhet.

Ett annat exempel är marknadsföringslagen (2008:486), som tillämpas vid marknadsföring av tjänster och produkter. Marknadsföringslagen har till syfte att främja konsumenternas och näringslivets intressen i samband med marknadsföring av produkter och tjänster och att motverka marknadsföring som är otillbörlig mot konsumenter och näringsidkare.

Förutsättningarna för valfrihet och patientsäkerhet

Det är viktigt att från samhällets sida visa respekt för människors önskan att själva välja vårdgivare och behandlingsmetod. Som olika undersökningar visat söker många människor alternativ till den etablerade hälso- och sjukvården. Rätten att själv välja vilken vård och behandling man vill ha för sina besvär måste i största möjliga utsträckning respekteras. Friheten att välja behandlingsmetoder måste dock vägas mot intresset av att upprätthålla ett tillräckligt skydd för patientsäkerheten. En grundläggande förutsättning för patientsäkerheten är att vården utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet.

Patientens kunskaper om sitt eget hälsotillstånd är viktig för att han eller hon ska kunna förhålla sig till sin vårdsituation och formulera sina behov samt kunna ställa krav på hälso- och sjukvården. Med fördjupade kunskaper om olika behandlingsmetoder kan också patientens möjlighet att analysera och göra aktiva val mellan olika vårdinsatser och vårdgivare förbättras.

Inom den etablerade hälso- och sjukvården har det länge bedrivits ett arbete för att öka patienters kunskap för att stärka deras makt och inflytande. Det finns också lagkrav om information till patienter. Motsvarande arbete har inte genomförts utanför den etablerade hälso- och sjukvården och särskilda lagkrav om information till patienter saknas. Skador, risker och riskbeteenden inom den etablerade sjukvården har bl.a. genom kraven på patientsäkerhetsarbete och genom anmälningsskyldigheten enligt den s.k. lex Maria i viss mån blivit kända. Motsvarande kunskapsarbete och faktaunderlag finns inte när det gäller vård utanför hälso- och sjukvård.

Inom den etablerade hälso- och sjukvården är tillsyn en viktig förutsättning för att kunna upprätthålla patientsäkerhet och för att säkerställa att patienter får den behandling och vård som har bäst förutsättningar att ge bot och lindring. För att kunna bedriva tillsyn krävs naturligtvis kännedom om vilka verksamheter som ska vara föremål för tillsyn. Som regel förutsätts registrering av tillsynsobjekten vilket i sin tur ofta kräver att den som ska vara föremål för tillsyn har en skyldighet att anmäla sin verksamhet till den som ska utöva tillsynen. Ett register över verksamhetsutövare på hälso- och sjukvårdens område kan också användas för information till patienter om hälso- och sjukvårdsutbudet i landet.

Att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet innebär att det endast finns ett ytterst begränsat utrymme för sådan personal att bedriva andra former av hälso- och sjukvård. Det får därför som regel förutsättas att det kan finnas olika medicinsk kunskapsnivå bland de aktörer som tillhandahåller vård utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Till detta kommer, som tidigare redovisats, att det för vården utanför den etablerade hälso- och sjukvården saknas särskilda bestämmelser som säkerställer patientinformation. Någon tillsyn över denna vård finns i praktiken inte heller.

Särskild lagstiftning som reglerar den vård som bedrivs utanför den etablerade hälso- och sjukvården finns i flera andra länder. I Sverige föreslog alternativmedicinkommittén redan 1989 en lag som skulle reglera alternativmedicinsk verksamhet. I förslaget ingick både bestämmelser om registrering, inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område och om tillsyn. Kommitténs förslag ledde dock inte till lagstiftning.

Psykiska sjukdomar och störningar

Det har framförts i flera sammanhang att riskerna med att personer med psykisk sjukdom får behandling utanför den etablerade hälso- och sjukvården är ett allvarligt problem och frågan om att även låta psykiska sjukdomar omfattas av behandlingsförbud enligt 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen har utretts vid flera tillfällen.

Socialstyrelsen fick redan 1999 i uppdrag att klargöra om det finns behov av att begränsa rätten för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal att behandla vissa allvarliga psykiska störningar eller använda vissa psykologiska metoder. Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport att det är svårt att formulera en entydig förbudsdefinition och att kunskaper om förekomst och art av hälsofarliga behandlingar är bristfällig. Socialstyrelsens bedömning var därför att det inte fanns tillräckligt underlag för att föreslå ytterligare begränsning i rätten att vidta hälso- och sjukvårdande åtgärder.

Även den statliga behörighetsutredningen (SOU 2010:65) utredde om det fanns behov av att göra en översyn av bestämmelserna i patientsäkerhetslagen om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och

sjukvårdande åtgärder. Utredningen kom fram till att det inte framkommit att behandlingar vid psykisk sjukdom innebär särskilt påtagliga risker. Utredningen konstaterade också att det inte finns studier som visar vilka metoder som är skadliga eller vilka tillstånd som bör förbehållas hälso- och sjukvårdspersonal.

Personer som lider av svår psykisk sjukdom är särskilt utsatta och det kan då vara särskilt svårt att förstå skillnaden mellan att vända sig till yrkesgrupper inom den etablerade hälso- och sjukvården och till någon som inte är det. Mot denna bakgrund är det, trots tidigare utredningar, mycket angeläget att försöka få till stånd bestämmelser som ger bättre patientsäkerhet för denna utsatta grupp och det är därför angeläget att frågan utreds på nytt.

Utredningsuppdraget

En särskild utredare ges i uppdrag att genomföra en kartläggning av aktuella forskningsresultat och vilken pågående forskning som bedrivs om behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Vidare ska det kartläggas vilka olika utvärderingsmetoder som används för sådana behandlingar. Utredaren ska också redovisa i vilken mån de alternativa metoderna genomgår klinisk prövning enligt gängse praxis samt vilka eventuella hinder som finns för sådan prövning.

Utredaren ska vidare lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som i dag inte tillhör den etablerade hälso- och sjukvården men som efter en utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård.

Utredaren ska också lämna förslag till ett system som säkerställer att patienter får sådan information som är nödvändig för att göra välövervägda vårdval och för att undvika oseriösa och farliga behandlingsalternativ.

Utredaren ska även utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar bör begränsas för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal.

Utredaren får lämna de andra förslag som är samhällsekonomiskt motiverade för att öka patientsäkerheten i sådan hälso- och sjukvård som bedrivs utanför den etablerade hälso- och sjukvården.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019.

Information för ökat patientinflytande och patientsäkerhet

För att den som söker vård ska kunna göra ett välinformerat val av vårdgivare och behandlingsmetod måste det bl.a. vara möjligt att få information också om behandlingsformer som finns utanför den etablerade hälso- och sjukvården och i vilken grad metoderna har påvisats ha effekt. En förståelse för att det finns stora skillnaderna i den rättsliga regleringen är också av utomordentlig betydelse för att patienter ska kunna göra ett välgrundat val av vårdgivare och behandlingsmetod.

Skillnaderna i den rättsliga regleringen

Behandlingsmetoder utanför den etablerade hälso- och sjukvården innefattar liksom inom den etablerade vården åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Mot bakgrund av bl.a. den lagreglering som gäller för den etablerade hälso- och sjukvården och som i väsentliga delar vilar på definitionen av hälso- och sjukvård i HSL och i andra lagar, kan det dock för många vara svårt att förstå att helt olika regler kan gälla vid vård och behandling. Utredaren ska därför överväga om de nuvarande bestämmelserna som reglerar gränsdragningen mellan den etablerade hälso- och sjukvården och andra former av vård är tillräckligt tydliga och ändamålsenliga. För denna del av uppdraget gäller bl.a. att Högsta förvaltningsdomstolens praxis på området ska beaktas. Utredaren bör också lämna förslag som innebär att patienter får tillgång till information som gör det möjligt att värdera vilka konsekvenser den rättsliga regleringen kan medföra vid valet av vårdgivare. Avsikten är att patienterna t.ex. ska kunna bedöma om det finns patientförsäkring eller inte, vilken tillsyn som utövas och om det läkemedel man använder täcks av en försäkring.

Utredaren ska vidare särskilt redovisa en bedömning av om den lagenliga skyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonalen att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet innebär att det finns något utrymme för sådan personal att använda behandlingsmetoder enbart på den grunden att det är styrkt att metoderna i sig är oskadliga.

System för information till vårdsökande

Det bör skapas ett system genom vilket vårdsökande enkelt kan få del av information som har betydelse för patientsäkerheten och som innebär att de kan välja sådan vård som har bäst förutsättningar för att ge bot och lindring.

Behandlingsmetoder utanför den etablerade vården

Information om olika behandlingsmetoders verifierade effekt är av stor betydelse för att en vårdsökande ska kunna göra ett välövervägt vårdval. För den etablerade vården finns krav som säkerställer detta, men motsvarande krav finns inte för andra vårdformer. Utgångspunkten beträffande information om metoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården bör vara att den som söker vård ska få vetskap om huruvida det saknas kunskap om metoden, huruvida det är säkerställt om metoden är oskadlig och om metoden eller behandlingen är den som sannolikt har den bästa förutsättningen att ge bot och lindring.

Annan information för ökad patientsäkerhet

Det är mycket viktigt att den som söker vård inte på grund av okunskap går miste om sådan vård som har bäst förutsättning att ge bot och lindring. Bestämmelserna i 5 kap. 1 § och 10 kap. 6 och 8 §§ patientsäkerhetslagen innehåller förbud för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att behandla vissa sjukdomar. Det är viktigt att vårdsökande har kunskap om vilka behandlingar som är otillåtna. Utredaren ska därför lämna förslag som innebär att den som söker vård utanför den etablerade hälso- och sjukvården får information som minimerar risken för att de inte får nödvändig hälso- och sjukvård, liksom risken för felaktig behandling.

Information till vårdsökande och register över utövare

För att säkerställa att relevant patientinformation som inkluderar bedömning av behandlingars effekt lämnas till den som överväger behandling som utförs utanför den etablerade hälso- och sjukvården,

behövs ett system som gör att patienterna får del av den. Det finns dock i dag inte någon myndighet eller annan aktör som har ansvar för information om behandlingsformer utanför den etablerade vården. Några landsting har dock viss sådan information på sina hemsidor.

En förutsättning för det system för information som utredaren ska lämna förslag till är att det finns kännedom om vilka vårdgivare och behandlingsmetoder som finns utanför den etablerade vården. Det bedöms nödvändigt att skapa ett register för registrering av dessa uppgifter.

På samma sätt som inom den etablerade hälso- och sjukvården bör registreringen grunda sig på en skyldighet för vårdgivaren att anmäla sin verksamhet för registrering (s.k. anmälningsskyldighet). För att registret ska fylla sin funktion bör utredaren bl.a. överväga vad underlåtelser att fullgöra anmälningsskyldighet bör medföra för konsekvenser. Vidare ska utredaren med patientsäkerheten som utgångspunkt överväga vilka övriga uppgifter som bör finnas i registret och i vilka fall det kan finnas skäl att avregistrera vårdgivare och vad en sådan avregistrering ska medföra för konsekvenser. Vid sina överväganden avseenden utformningen av registret ska utredaren särskilt beakta relevanta bestämmelser i 5 kap. och 10 kap. patientsäkerhetslagen. Utredaren ska lämna förslag till författningsreglering av ett sådant register samt vilken aktör som ska ansvara för att registret förs och för de olika registreringsbeslut och andra uppgifter som är nödvändiga med anledning av registret, exempelvis sammanställning och uppdatering av informationen i registret. Den tidigare utredningens betänkande Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- och komplementärmedicin (SOU 2004:123), som föreslog att ett register skulle inrättas, bör också beaktas av utredaren.

Andra förslag för ökad patientsäkerhet

Utredaren får även lämna andra förslag, som är motiverade och samhällsekonomiskt effektiva, för att öka patientsäkerheten i sådan vård som bedrivs utanför den etablerade hälso- och sjukvården.

Kartläggning av forskning

I Sverige finns det i dag inte tillräcklig kunskap om aktuella forskningsresultat och om vilken pågående forskning som bedrivs om behandlingsmetoder som används utanför den etablerade hälso- och sjukvården och det finns inte heller kunskap om vilka olika metoder som används vid utvärdering av sådana behandlingsmetoder. Utredaren ska därför genomföra en sådan kartläggning. Vidare ska det kartläggas i vilken mån de alternativa metoderna genomgått klinisk prövning enligt gängse praxis samt vilka eventuella hinder som finns för sådan prövning. Kartläggningen ska omfatta relevant internationell forskning i jämförbara länder och beskriva hur forsknings- och finansieringsstrukturer avseende integrativ medicin ser ut i dessa länder. Utredaren ska även kartlägga i vilken utsträckning forskningsresultat används i Sverige och vilka metoder som används inom eller i kombination med etablerad hälso- och sjukvård i dag.

Bättre förutsättningar för utvärdering av behandlingsmetoder

För att en behandlingsmetod ska kunna prövas krävs metodkunskap och forskningskompetens. Många aktörer som utövar andra former av vård kan också behöva hjälp med att genomföra sådana utvärderingar. Särskilt inom den etablerade hälso- och sjukvården finns forskningskompetens och forskare för att ge råd kring genomförandet av olika utvärderingar. Det är av patientsäkerhetsskäl angeläget att det skapas bättre förutsättningar för kontakter och erfarenhetsutbyten mellan personer som är verksamma i och utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Men det finns också andra skäl till att skapa en sådan ordning.

Det finns olika exempel på behandlingsformer som tidigare tillhörde den oetablerade vården, men som kommit att bli en del av den etablerade hälso- och sjukvården. Akupunktur, naprapati och kiropraktik är några exempel. Metoder som i dag hör till den vård som ges utanför den etablerade hälso- och sjukvården kan troligen således i framtiden, efter forskning och utvärdering, bli en värdefull del av den etablerade vården i de fall de påvisats ha medicinsk effekt.

Utredaren ges därför i uppdrag att lämna förslag till en policy för utvärdering och reglering av behandlingsmetoder som i dag inte till-

hör den etablerade hälso- och sjukvården, men som efter en utvärdering skulle kunna utgöra en värdefull del av denna vård. Som en del av underlaget för dessa förslag ska utredaren inhämta erfarenheter från andra länder, i synnerhet från länder vars hälso- och sjukvårdssystem är jämförbara med Sveriges. Vidare ska förslagen utformas med beaktande av WHO:s strategi om traditionell och komplementär medicin.

Allvarliga psykiska sjukdomar och störningar

Psykiska sjukdomar och psykiska störningar kan vara minst lika allvarliga som fysiska sjukdomar. Det är särskilt angeläget att skyddet mot behandlingsmetoder som kan innebära risker för patienterna är högt för patienter med psykiska problem. Personer som lider av svår psykisk sjukdom är särskilt utsatta och det kan då vara svårt att förstå skillnaden mellan att vända sig till yrkesgrupper inom den etablerade hälso- och sjukvården och till någon som inte är det.

Så som 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen är utformad i dag inryms inte psykiska sjukdomar i den uppräkning av diagnoser som reglerar vad man inte får behandla om man inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal. Det har gått en tid sedan detta utreddes och det är mycket angeläget att försöka få till stånd bestämmelser som ger bättre patientsäkerhet för denna utsatta grupp. Det är därför angeläget att utreda om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal bör begränsas.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredaren ska i förekommande fall särskilt beräkna och redovisa kostnader för landsting och andra aktörer inom och utanför den etablerade hälso- och sjukvården på lång och på kort sikt samt vilka andra konsekvenser förslagen får för sjukvårdshuvudmännen och de berörda myndigheterna. För de förslag som innebär kostnadsökningar eller intäktsminskningar för det offentliga ska utredaren föreslå en finansiering inom befintliga ramar.

Utredaren ska även säkerställa att förslagen överensstämmer med EU-rätten.

Samverkan och redovisning av uppdraget

Utredaren ska sträva efter ett brett samråd med berörda aktörer inom och utanför den etablerade hälso- och sjukvården i syfte att öka patientsäkerheten. Utredaren ska utse en expertkommitté med företrädare som har sakkunskap inom integrativ medicin, inklusive den internationella utvecklingen inom denna samt företrädare för forskare och utövare inom den etablerade hälso- och sjukvården. Dessutom ska utredaren samråda med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), företrädare för ett antal landsting, berörda myndigheter och övriga aktörer inom området.

I sitt arbete ska utredaren beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de frågeställningar som angetts i uppdraget. Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:63

Tilläggsdirektiv till KAM-utredningen (S 2017:05)

Beslut vid regeringssammanträde den 5 juli 2018

Utvidgning av uppdraget

Regeringen beslutade den 27 april 2017 kommittédirektiv om ökat patientinflytande och patientsäkerhet inom annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården (dir. 2017:43). Utredningen har antagit namnet KAM-utredningen.

I uppdraget ingår enligt direktiven bl.a. att överväga om rätten att behandla vissa allvarliga psykiska sjukdomar och störningar för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal bör begränsas och omfattas av behandlingsförbud. I uppdraget ingår även att överväga om de nuvarande bestämmelser som reglerar gränsdragningen mellan den etablerade hälso- och sjukvården och andra former av vård är tillräckligt tydliga och ändamålsenliga.

Till de bestämmelser som omfattas av uppdraget hör bl.a. bestämmelser i patientsäkerhetslagen (2010:659) som reglerar dels begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder (se 5 kap.), dels straffbestämmelser och bestämmelser om överklagande m.m. (se 10 kap.). Bestämmelser av i stort sett samma innebörd som de nyss redovisade har funnits i svensk rätt under lång tid (se lagen [1960:409] om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område och 4 kap. lagen [1998:531] om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område).

Regeringen bedömer att de ovan nämnda bestämmelserna i patientsäkerhetslagen är i behov av en översyn, bl.a. vad gäller tillämpbarhet

och systematik. Behovet av en sådan översyn har också påpekats av tidigare utredningar inom området samt av vissa remissinstanser.

Utredaren får i uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna i 5 och 10 kap. patientsäkerhetslagen och annan för uppdraget relevant lagstiftning i de avseenden som angetts ovan. Utredaren ska även lämna nödvändiga författningsförslag. Vid utförandet av detta uppdrag ska utredaren samråda med andra myndigheter och utredningar inom området.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:4

Tilläggsdirektiv till KAM-utredningen (S 2017:05)

Beslut vid regeringssammanträde den 7 mars 2019

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 27 april 2017 kommittédirektiv om ökat patientinflytande och patientsäkerhet inom annan vård och behandling än den som bedrivs inom den etablerade vården (se dir. 2017:43). Utredningen har antagit namnet KAM-utredningen. Den 5 juli 2018 fick utredningen tilläggsdirektiv om att bl.a. göra en översyn av bestämmelserna i 5 och 10 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) och annan för uppdraget relevant lagstiftning (dir. 2018:63).

Enligt direktiven skulle utredaren slutredovisa uppdraget senast den 31 mars 2019.

Utredningstiden förlängs när det gäller uppdraget enligt tilläggsdirektiven. Det uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 maj 2019. Uppdraget enligt ursprungsdirektiven ska fortfarande redovisas senast den 31 mars 2019.

(Socialdepartementet)

Förteckning över möten, konferenser och besök

Möten och studiebesök

1. 1177 Vårdguiden/Inera
2. Amina Manzoor, medicinreporter, Dagens Nyheter
3. Anders Åkesson, tidigare regionråd i Region Skåne (Miljöpartiet)
4. Anna Larsson, reporter på Ekot, Sveriges Radio
5. Anna Pettersson, adjunkt och programdirektör fysioterapeututbildningen, Karolinska Institutet
6. Annika Dopping, journalist
7. Arne Hamberg, zonterapeut
8. Bertil Lindahl, professor i kardiologi och programdirektör läkarutbildningen, Uppsala universitet
9. Beteendeterapeutiska föreningen
10. Bundesärztekammer, Berlin, Tyskland
11. Cancerfonden
12. Cecilia Moberg, adjunkt och biträdande programdirektör sjuksköterskeutbildningen, Karolinska Institutet
13. Charité Universitätsmedizin, Komplementäre und Integrative Medizin, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Berlin, Tyskland
14. Christer Sturmark, förlagschef på Fri Tanke
15. Cochrane Complementary Medicine

16. Dan Katz, legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut samt handledare i KBT
17. Edzard Ernst, professor emeritus i komplementär medicin, University of Exeter
18. Ekhagastiftelsen
19. Elisabet Stener-Victorin, professor i reproduktionsfysiologi, Karolinska Institutet
20. Euro Accident, försäkringsbolag
21. Finn Bengtsson, tidigare riksdagsledamot (Moderaterna) och professor i klinisk farmakologi, Linköpings universitet
22. Forskargrupp Integrativ Vård, Sektionen för omvårdnad, Karolinska Institutet
23. FoU-cheferna i landsting/regioner med universitetssjukvård
24. Fredrik Svenaeus, professor i filosofi, Södertörns högskola
25. Friskcentralen Helheten, Örebro
26. Funktionsrätt Sverige
27. Fysioterapeuterna
28. Föreningen för Integrativ Medicin
29. Gemeinsame Bundesausschuss, Berlin, Tyskland
30. Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin, Tyskland
31. Göran Hermerén, professor emeritus i medicinsk etik, Lunds universitet
32. Heléne Bengtsson, frilansjournalist
33. Helsedirektoratet, Oslo, Norge
34. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, Norge
35. Hälsans Hus Stockholm
36. Hälsofrämjandet
37. Igelösa Life Science Community, Igelösa
38. Immanuel Krankenhaus, Berlin, Tyskland

39. Ingemar Ljungqvist, tidigare chefredaktör för 2000-talets Vetenskap
40. Inspektionen för vård och omsorg
41. Irene Jensen, professor i metoder för företagshälsa och chef för avdelningen för intervention och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Karolinska Institutet
42. Konsumentverket
43. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund
44. Legitimerade Kiropraktorers Riksförbund
45. Lena Lundgren, hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Östergötland
46. Linnea Karlsson, patient- och rehabsamordnare
47. Livsmedelsverket
48. Läkarföreningen för Integrativ Medicin
49. Maria Torshall, journalist och tidigare chefredaktör för tidningen Hälsa
50. Martin Ingvar, professor i integrativ medicin, Karolinska Institutet och chef för Osher Centrum för integrativ medicin
51. Mats Jong, docent i omvårdnad och universitetslektor, Mittuniversitetet
52. Miek Jong, docent i hälsovetenskap och universitetslektor, Mittuniversitetet
53. Mats Reimer, läkare och bloggare på Dagens Medicin
54. Motzi Eklöf, docent i hälsa och samhälle, vård- och medicinhistoriker
55. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
56. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin, Tromsö, Norge
57. Nils-Eric Sahlin, professor i medicinsk etik, Lunds universitet

58. Nina Rehnqvist Ahlberg, professor emeritus i kardiologi, Karolinska Institutet och tidigare direktör för Statens beredning för utvärdering av medicinska och sociala metoder
59. Osher centrum för integrativ medicin, Karolinska Institutet
60. Patientförsäkringsföreningen
61. Patientnämnden Stockholm läns landsting
62. Per Martin, med dr, läkare med funktionsmedicinsk inriktning
63. Per Nichols, åklagare, Åklagarmyndigheten
64. Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland
65. Robert Hahn, forskningschef, Södertälje sjukhus och adjungerad professor i anestesi och intensivvård, Linköpings universitet
66. Roger Henriksson, professor onkologi, Karolinska Institutet och tidigare verksamhetschef för Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland
67. Schizofreniförbundet
68. Sköldkörtelförbundet
69. Socialstyrelsen
70. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
71. Statistiska centralbyrån
72. Statskontoret
73. Stefan Lindgren, professor i internmedicin, Lunds universitet, överläkare vid sektionen för gastroenterologi, Skånes universitetssjukhus, Malmö och tidigare ordförande Svenska Läkaresällskapet
74. Styrelsen for Patientsikkerhed, Köpenhamn, Danmark
75. Sven Ove Hansson, professor i filosofi, Kungliga Tekniska högskolan
76. Svenska Akupunktörvetenskapliga Föreningen
77. Svenska Akupunkturförbundet Traditionell Kinesisk Medicin
78. Svenska Läkaresällskapet

79. Svenska läkarförbundets etik- och ansvarsråd
80. Svenska Naprapatförbundet
81. Svenska Naturläkarförbundet
82. Svensk sjuksköterskeförening
83. Sveriges Kommuner och Landsting
84. Sveriges Kommuners och Landstings sjukvårdsdelegation
85. Sveriges läkarförbund
86. Sveriges Psykologförbund
87. Ulf Sandström, hypnoterapeut, ordförande i International Hypnotists Guild
88. Utbildningsdepartementet
89. Vetenskapsrådet
90. Vidar Rehab (tidigare Vidarkliniken), Järna
91. Vårdförbundet
92. Världshälsoorganisationen (WHO)
93. Yrkesföreningen för legitimerade psykoterapeuter, Akademikerförbundet SSR
94. Åsa Nilsonne, psykiatriker, psykoterapeut, professor emeritus i medicinsk psykologi, Karolinska Institutet

Seminarium/kurser

1. Integrativ cancervård, Cancerakademi Norr i samarbete med Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland
2. Integrativ omvårdnad, kurs av Karolinska Institutet
3. Politikerdebatt ”Valfri vård”
4. Pseudovetenskap och ”alternativa fakta” inom alternativmedicinen. Föreläsning av Dan Larhammar. Apotekarsocieteten
5. Seminarium i Riksdagen ”Framtidens vård – enfald eller mångfald?”

6. Seminarium med enheten för Vetenskap och Beprövad Erfarenhet, Lunds universitet
7. Seminarium om homeopati, Kungliga Vetenskapsakademien
8. Seminarium ”Är samverkan mellan olika vårdformer möjlig i Sverige?”, Almedalsveckan
9. Svensk parapsykologisk förening. Föredrag om healing och kvantteori, professor Stefan Schmidt, Freiburg

Sammanställningar om KAM och KAV i Sverige

I denna bilaga finns tabeller och sammanställningar som tillhör kapitel 6 – Översikt över KAM och KAV i Sverige.

A. Tabell över yrkesorganisationer inom KAM, tabell 1 (tillhör avsnitt 6.1)

B. Tabell över utbildningsaktörer och yrkesutbildningar som rekommenderas av yrkesorganisationer inom KAM, tabell 2 (tillhör avsnitt 6.2)

C. Tabeller över enkätsvar – utbildningar om KAM eller med KAM-inslag vid högskolor och universitet, tabell 3 och tabell 4 (tillhör avsnitt 6.2)

D. Sammanställning av studier – användning av och attityder till KAM och KAV (tillhör avsnitt 6.5)

E. Tabeller. Sammanfattning av befolkningsstudier och patientstudier över KAM-användning som ingår i utredningens kartläggning, tabell 5 och tabell 6 (tillhör avsnitt 6.5)

A. Tabell över yrkesorganisationer inom KAM (tillhör avsnitt 6.1)

I tabell 1 nedan finns en sammanställning över drygt 30 yrkesorganisationer för utövare av olika KAM-system och KAM-metoder. Kartläggningen sammanfattas i avsnitt 6.1. Redovisningen sammanställer i huvudsak information som organisationerna själva tillhandahåller på sina hemsidor, men även till viss del information som utredningen har fått från organisationerna. Organisationerna har fått möjlighet att lämna synpunkter på respektive beskrivning. De allra flesta organisationer har svarat. I tabellen har vi sammanställt uppgifter om när organisationen bildades, antal medlemmar, typ av medlemskap, organisationens syfte, krav för medlemskap, certifieringsmöjligheter och om organisationen har någon förteckning över sina yrkesverksamma medlemmar på organisationens hemsida. Redovisningen gör inte anspråk på att vara heltäckande utan ska ses som exempel på yrkesorganisationer inom det utredningen definierat som KAM-området. Det ska tilläggas att inte samtliga organisationer anser sig utöva KAM.

Insamlingen av information från organisationernas hemsidor gjordes under perioden november 2017 till februari 2018. Utskicket till organisationerna gjordes i april 2018. Till de organisationer som inte svarat har två påminnelser gått ut.

Läsanvisning till tabellen

I tabellen är branschorganisationer och paraplyorganisationer skrivna i fetstil. Organisationer som ingår i branschorganisationen eller paraplyorganisationen återges i raderna under denna. Övriga organisationer finns under rubriken ”övriga organisationer”. I tabellen används förkortningen hp för högskolepoäng. En del organisationer ställer krav på s.k. basmedicinsk utbildning. Denna omfattar vanligen bl.a. grundläggande kunskaper i anatomi, fysiologi, sjukdomslära.

Tabell 1 Yrkesorganisationer inom KAM (tillhör avsnitt 6.1)

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Förbundet för musikterapi i Sverige, FMS, www.musikterapi.se	**FMS som bildades år 1974 är en paraplyorganisation och intresseförening som organiserar yrkesverksamma musikterapeuter och andra musikterapiintresserade som vill utveckla och stötta musikterapin.** **Två yrkesföreningar ingår i FMS: Riksföreningen för diplomerade musikterapeuter, RFDM, och Sveriges akademiska musikterapeuter, SAM (se nedan).** **Medlemmarna i respektive yrkesförening är genom dubbelanslutning även medlemmar i FMS.**	**FMS arbetar för att sprida information om musikterapi och verkar för musikterapins utveckling nationellt och internationellt.** **FMS har en årlig nationell konferens där yrkesverksamma medlemmar erbjuds fortbildning.**	**Alla med ett intresse för musikterapi har möjlighet att bli medlemmar. Det finns studerandemedlemskap för de som går en musikterapiutbildning.** **Medlemmarna i respektive yrkesförening har etiska riktlinjer att förhålla sig till. SAM har ett etiskt råd.** **FMS har för närvarande 122 medlemmar där de flesta är yrkesverksamma.** **På FMS hemsida finns en lista på ett antal verksamma musikterapeuter. På yrkesföreningarnas hemsidor finns listor över och sökfunktioner kring yrkesverksamma terapeuter.**
Riksföreningen för Diplomerade Musikterapeuter, RFDM, www.fmt-metoden.se	RFDM är en yrkesförening för diplomerade musikterapeuter som arbetar enligt metoden funktionsinriktad musikterapi, FMT.	Föreningen arbetar bl.a. för att vidareutveckla och sprida information kring FMT-metoden. Föreningen bevakar även aktuell forskning och anordnar fortbildningar.	För att bli yrkesverksam medlem krävs utbildning till diplomerad FMT-musikterapeut. Det finns även möjlighet att vara studerande- eller stödmedlem. RFDM har totalt ca 100 medlemmar. Föreningen har en sökfunktion för att hitta kontaktuppgifter till diplomerade FMT-terapeuter och ett urval av övriga medlemmar.
Sveriges Akademiska Musikterapeuter, SAM, www.musikterapeut.se	SAM är en yrkesförening för musikterapeuter utbildade vid Kungliga Musikhögskolan i Stockholm eller med likvärdig musikterapeutisk utbildning baserad på en humanistisk grundsyn. Föreningen bildades år 2010.	Föreningen arbetar bl.a. för att värna om musikterapi som ett akademiskt kunskapsområde och att sprida information och forskning om musikterapi. Föreningen arbetar också för att få en skyddad yrkesidentitet i form av legitimation eller ett yrkesregister.	Medlemskap kan innehas på tre nivåer: musikterapeut med avlagd magister eller masterexamen, musikterapeut med avlagd kandidatexamen och studerande. Medlemmar med avlagd magister eller masterexamen ges möjlighet att finnas med i registret Registrerad Musikterapeut enligt SAM. Föreningen har etiska riktlinjer och ett etiskt råd. SAM har 63 medlemmar varav 51 är yrkesverksamma musikterapeuter. SAM har ett register över yrkesverksamma medlemmar.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
KAM-kommittén för komplementär och alternativ medicin, ”KAM”, www.kam.tm	Branschorganisation för yrkesverksamma terapeuter och förbund inom komplementär- och alternativmedicinska sektorn. KAM-kommittén bildades år 1989.	KAM-kommittén arbetar bl.a. med att sprida information och att stärka komplementär- och alternativmedicinens position på hälsovårdsmarknaden i Sverige och för att öka individens rätt till valfrihet inom sjukvården. Andra frågor som organisationen verkar för är ökad patientsäkerhet, momsbefrielse, god utbildningsnivå samt att skapa ett gemensamt nordiskt regelverk för KAM.	För att bli medlem i KAM-kommittén krävs att yrkesförbundets yrkesverksamma medlemmar har minst motsvarande 30 hp i basmedicinska studier. Medlemsförbund förbinder sig att ställa krav på att de enskilt yrkesverksamma terapeuterna har ansvarsförsäkring och följer KAM-kommitténs etiska regler samt ansvarar för att medlemmarna följer gällande regler för auktorisation, kvalitetssäkring och registerföring. Förbund som inte uppfyller kravet om basmedicin motsvarande 30 hp kan bli stödförbund. Fullvärdiga medlemmar i yrkesförbund som är godkända av KAM-kommittén kan söka om att bli auktoriserad kroppsterapeut eller auktoriserad komplementär- och alternativmedicinare. För att bli auktoriserad kroppsterapeut krävs basmedicinsk utbildning motsvarande 30 hp samt utbildning i någon kroppsterapi. För att bli auktoriserad komplementär- och alternativmedicinare krävs basmedicinsk utbildning motsvarande minst 60 hp samt utbildning i någon komplementär- och alternativmedicinsk behandlingsform. Auktoriserade medlemmar kan även ansöka om att bli kvalitetssäkrade. KAM-kommittén har även ”KAM:s-vänner” för de som är intresserade eller användare av KAM. Totalt i förbunden som ingår i KAM-kommittén finns ca 450 medlemmar.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Svenska Fotzonterapi-Reflexologiförbundet, SFRF, www.zonterapi.nu	SFRF är ett yrkesförbund för zonterapeuter (reflexologer). Förbundet bildades år 1978.	SFRF arbetar bl.a. med att sprida information om zonterapi (reflexologi), fortbildning av sina medlemmar och att stimulera forskning. Förbundet verkar även för att få metoden som en fullt accepterad behandlingsform.	För att bli aktiv medlem krävs utbildning godkänd av SFRF samt ansvarsförsäkring. Basmedicinska krav: Medlem: motsvarande 12 hp Diplomerad: motsvarande 30 hp Auktoriserad: motsvarande 60 hp SFRF följer rekommendationer som Nordic Reflexology Network har ställt upp. Det finns även passivt medlemskap samt medlemskap för studerande. SFRF har etiska riktlinjer och ett etiskt råd. SFRF har 40 medlemmar varav 35 är aktiva. Förbundet har en adresslista på hemsidan över sina aktiva medlemmar.
Svenska Naturmedicinska Sällskapet, SNS, www.sns.nu	SNS är ett förbund för yrkesutövare inom traditionell medicin och KAM. Flertalet medlemmar är diplomerade homiatriker. SNS bildades år 1975.	SNS arbetar bl.a. för att seriöst arbetande yrkesutövare inom alternativa behandlingsformer ska få en mer accepterad ställning i samhället. SNS erbjuder vidareutbildningar och föreläsningar.	För att bli medlem i SNS krävs basmedicinsk utbildning motsvarande minst 40 hp och kunskaper inom traditionell medicin och KAM. Även giltig ansvarsförsäkring krävs. SNS strävar att efter att alla medlemmar ska vara auktoriserade via KAM-kommittén. Förbundet har egna etiska regler, men följer även de som KAM-kommittén har upprättat för branschens yrkesutövare. SNS har en adresslista över sina medlemmar.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Svenska Homeopaters Riksförbund, SHR, www.svenskahomeopater.se	SHR är ett yrkesförbund öppet för alla yrkesverksamma homeopater och djurhomeopater som uppfyller förbundets krav på såväl basmedicinsk som homeopatisk utbildning. SHR bildades år 1928.	SHR anordnar fortbildning genom seminarier, har kontakt med allmänheten och driver frågor angående homeopati i Sverige.	För att bli en auktoriserad medlem krävs en av SHR godkänd medicinsk utbildning om minst motsvarande 60 hp och minst 600 lärarledda timmar inom homeopati. Vidare krävs att en auktoriserad medlem ska driva en praktik som uppfyller de krav som myndigheter och SHR ställer samt att medlemmen ska ha patientförsäkring. I medlemskapet ingår en grundförsäkring med bl.a. ansvarsförsäkring. Det finns även flera andra typer av medlemskap, såsom passiv medlem, nystartad aktiv medlem, studerandemedlem och stödmedlem. SHR har 110 medlemmar varav 40 är auktoriserade och yrkesverksamma. Förbundet har en lista och sökfunktion på hemsidan över de auktoriserade medlemmarna.
Nordiska homeopatförbundet, NHF, www.nhf-homeopati.se	NHF är ett yrkesförbund som organiserar homeopater i Sverige. NHF bildades år 2000.	NHF arbetar bl.a. med att sprida information om homeopati och för att nå en bredare acceptans för homeopatin. Förbundet verkar även för ökad tillgänglighet genom momsbefrielse, hög utbildningsstandard hos homeopater och med vidareutbildning av sina medlemmar.	För att bli medlem i NHF krävs basmedicinsk utbildning motsvarande minst 60 hp för homeopater och minst 600 timmar undervisning i homeopati och godkänd examen som homeopat eller djurhomeopat. För djurhomeopater krävs det minst 160 timmar djurhomeopati och även utbildning i veterinärmedicin. Det krävs också att medlemmar har ansvarsförsäkring. Auktorisationen följs upp varje år med en kvalitetssäkring. Det finns även medlemskap för studerande och stödmedlemmar. NHF har etiska regler. Förbundet har en adresslista över homeopater som är godkända av NHF.
YrkesMassörernas Förbund, YMF, http://massorerna.se	YMF är ett yrkesförbund för av Branschrådet Svensk Massage (BSM) och Branschorganisationen Medicinsk Massageterapi (BMM) certifierade massörer och medicinska massageterapeuter. YMF är medlem i KAM-kommittén och Svensk massage. Medlemmar i YMF är via Svensk massage också medlemmar i Hantverkarnas Riksorganisation.	YMF arbetar bl.a. för ökad information om massage och massageterapi. Förbundet verkar även för kvalitetssäkring, forskning och sänkt moms för massage och massageterapi samt bra villkor och försäkringar för deras verksamheter.	För att bli medlem i YMF krävs att man är av BSM certifierad massör eller av BMM certifierad medicinsk massageterapeut. För mer information om certifiering se BSM respektive BMM nedan.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Svensk Förening för Antroposofisk Medicin och Terapi, SAMT, http://antroposofiskmedicin.se	**SAMT är en paraplyorganisation för yrkesföreningar, övriga föreningar och verksamheter inom den antroposofiska läkekonsten. Terapimetoderna ska vara godkända av den medicinska sektionen vid Fria Högskolan för Antroposofi, Goetheanum, Dornach, Schweiz.**	**SAMT arbetar bl.a. för att främja utvecklingen av den antroposofiska läkekonsten och för att antroposofisk medicin ska integreras i den allmänna sjukvården.**	**AnthroMed är ett internationellt nätverk för kvalitetssäkring av antroposofiska medicinska verksamheter, yrkesverksamma och utbildningar.** **SAMT har elva juridiska personer som medlemmar.**
Föreningen för Antroposofisk Konstterapi, FAKT, www.konstterapi.se	FAKT grundades år 1997 i Järna och är en yrkesförening för konstterapeuter som arbetar i enlighet med den antroposofiska läkekonsten. I Sverige omfattar konstterapierna musik, sång, målning, teckning och modellering.	FAKT arbetar bl.a. för att utveckla konstterapin, för att bidra till förståelse av sambandet mellan människa, konst och hälsa samt för konstterapins etablering i samhället.	För ordinarie medlemskap krävs utbildning godkänd av Antroposofiska Sällskapets medicinska sektion vid Goetheanum i Dornach samt ansvarsförsäkring. Det finns även stödmedlemskap Medlemmar i FAKT ska eftersträva att fortbilda sig minst 20 timmar per år enligt FAKT:s fortbildningsriktlinjer. Yrkesföreningen har kriterier för kvalitetssäkring som bl.a. innehåller etiska regler. FAKT har tillstånd att erbjuda sina medlemmar kvalitetsmärkningen AnthroMed som är en internationell kvalitetsmärkning inom den antroposofiska rörelsen. För att få kvalitetsmärkningen krävs diplom från en av den europeiska akademins godkända utbildningar eller ett diplom godkänt av den medicinska sektionen, skriftlig försäkran om 450 utförda terapitillfällen efter erhållet diplom samt 20 fortbildningstimmar de senaste 12 månaderna godkända av FAKT. Föreningen har 60 medlemmar, varav 40 är verksamma och arbetar exempelvis i skolor, socialterapeutiska verksamheter, ålderdomshem och sjukhus. FAKT har en förteckning över medlemmar som har egna mottagningar, där det också framgår vilka som har kvalitetsmärkningen AnthroMed.
Läkarföreningen för antroposofiskt orienterad medicin, LAOM, www.laom.se	LAOM är en förening för läkare som har ett intresse för antroposofisk medicin. LAOM bildades år 1966.	LAOM verkar för den antroposofiska medicinen i Sverige bl.a. genom forskning och utbildning, genom att stödja praktiskt medicinskt arbete och att skapa förutsättningar för att utöva antroposofisk läkekonst.	Medlemskap kan ansökas av legitimerade läkare som stödjer föreningens ändamål. Det finns även medlemskap utan rösträtt för personer som inte är legitimerade. LAOM har för närvarande ca 50 medlemmar.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Sjuksköterskeförbundet för Antroposofisk Läkekonst, SAL, www.forbundetsal.org	SAL är en förening för sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande som har ett intresse för antroposofisk medicin. SAL är en sektion inom Svensk sjuksköterskeförening. SAL bildades år 1984 för att samla intresserade sjuksköterskor inför att Vidarkliniken öppnade år 1985.	SAL arbetar för att främja en hälso- och sjukvård som är inspirerad av den antroposofiska människosynen och för ett fördjupande av kunskaperna i antroposofisk läkekonst och anordnar återkommande kurser i antroposofisk omvårdnad.	Medlemskap kan ansökas av sjuksköterskor och sjuksköterske-studerande. SAL är medlem av International Council of Anthroposophic Nursing Associations, ICANA, och medlemmar i SAL deltar i samrådsorganet International Forum of Anthroposophic Nursing, IFAN. ICANA-IFAN har ett kvalitetssäkringssystem – www.qualitaet-ap.org SAL har 100 medlemmar. Förbundet har inget officiellt medlemsregister.
Läkeeurytmiföreningen i Sverige, LEF, www.lakeeurytmiforeningen.se	LEF är en samarbetsorganisation för diplomerade läkeeurytmister.	LEF arbetar bl.a. för läkeeurytmins etablering som medicinsk behandling och för läkeeurytmins fördjupning och utveckling genom fortbildning och forskning. LEF arrangerar regelbundet fortbildning för sina medlemmar.	Medlemskap kan ansökas av diplomerade läkeeurytmister. LEF har tillstånd att erbjuda sina medlemmar kvalitetsmärkningen AnthroMed som är en internationell kvalitetsmärkning inom den antroposofiska rörelsen. Medlemmar i föreningen som vill förvärva licensen AnthroMed ska varje år delta i minst 20 timmar fortbildning inom områdena medicin, terapi och social kompetens. Licensen gäller två år i taget. LEF har en lista på medlemmar som har AnthroMed licens på sin hemsida.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Svensk Massage, www.svenskmassage.se	**Svensk Massage bildades år 2017 som en paraplyorganisation för massagebranschen. Svensk Massage samlar skolor, företag, yrkesförbund och andra organisationer med gemensamma mål.**	**Svensk Massage arbetar bl.a. för yrkesskicklighet, kvalitet och patientsäkerhet samt för information och forskning inom området. Svensk Massage syftar till att vara ett nav i branschen och arbetar för att lyfta den svenska folkhälsan samt att värna och stötta den professionella yrkesmassören och den svenska massagen.**	**I organisationen finns två separata certifieringsorgan, Branschrådet Svensk Massage (BSM) och Branschorganisationen Medicinsk Massageterapi (BMM) som certifierar på olika yrkesnivåer, se nedan.** **Medlem i Svensk Massage kan vara:** **• Yrkesförbund som organiserar av BSM certifierade massörer och av BMM certifierade medicinska massageterapeuter.** **• Företag som tillhandahåller massagetjänster av BSM certifierade massörer och av BMM certifierade medicinska massageterapeuter.** **• Andra föreningar eller företag.** **• Skola som utbildar inom massage till ovan nivåer.** **• Enskild individ, utan rösträtt, i föreningens vänskapsgrupp och andra organisationer med gemensamma mål.** **Etiskt råd finns.** **I organisationen finns i dag:** **• BSM** **• BMM** **• YrkesMassörernas Förbund** **• Företagarna Svensk Massage** **• Leverantörsgruppen Svensk Massage** **• Skolor** **Svensk Massage arbetar med att ta fram ett yrkesregister för certifierade massörer och medicinska massageterapeuter.**
Branschrådet Svensk Massage, BSM, www.svenskmassage.se	Sedan år 2017 är BSM ett rent certifieringsorgan där mestadels skolor ingår som medlemmar. Övriga frågor har flyttats till den nystartade organisationen Svensk Massage. BSM bildades år 1998.	BSM arbetar bl.a. för yrkesskicklighet, seriositet och kvalitet. BSM har en kunskapsbeskrivning av de kunskaps- och utbildningsmål som massörer ska uppnå för att vara yrkesverksamma. Kunskapsbeskrivningen ska fungera som stöd och hjälp för skolor och lärare och används för kvalitetssäkring av utbildningar samt för utformning av certifieringsproven.	För att bli certifierad av BSM ska den sökande bli godkänd vid teoretiska och praktiska certifieringsprov och bedömas lämplig för massöryrket av BSM-godkänd examinator. Den sökande förbinder sig att följa etiska riktlinjer och att inneha patient- och ansvarsförsäkring. Etiskt råd finns. BSM har tre medlemsskolor och ytterligare tre är under ansökan. I dagsläget finns ca 15 000 certifierade massörer.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Branschorganisationen Medicinsk Massageterapi, BMM, www.bmms.se	Sedan år 2017 är BMM ett rent certifieringsorgan där mestadels skolor ingår som medlemmar. Övriga frågor har flyttats till den nystartade organisationen Svensk Massage. BMM bildades år 2010.	BMM arbetar bl.a. för att sprida information om medicinsk massageterapi och för att integrera medicinsk massageterapi i vården. BMM verkar även för standardisering av utbildningen, kvalitetssäkring, legitimering och momsbefrielse.	För att bli en av BMM-certifierad medicinsk massageterapeut krävs 1,5–2 års heltidsstudier till medicinsk massageterapeut på en av BMM godkänd skola, alternativt en av BMM godkänd likvärdig utbildning samt godkänt certifieringsprov.
YrkesMassörernas Förbund, YMF, http://massorerna.se Se text för organisationen på föregående sidor under KAM-kommittén.			
Integrativ Medicin			
Föreningen för Integrativ Medicin, FIM, http://integrativmedicin.se/fim	FIM är en förening för legitimerade yrkesgrupper med intresse för integrativ medicin[1]. FIM bildades år 2008. FIM har ett nära samarbete med Läkarföreningen för integrativ medicin, LIM. Under år 2019 avser föreningarna att gå samman.	FIM arbetar för att integrativ medicin och vård erbjuds befolkningen som en naturlig del av den etablerade vården. FIM bevakar och förmedlar naturvetenskaplig och humanvetenskaplig forskning inom hälso- och sjukvård, inklusive KAM. FIM arbetar genom medlemsmöten, tvärvetenskapliga seminarier, föreläsningar och arbetsgrupper.	För att bli medlem i FIM krävs att man tillhör någon av de yrkesgrupper som har legitimation utfärdad av Socialstyrelsen.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Läkarföreningen för Integrativ Medicin, LIM, http://integrativ-medicin.se/lim	LIM är en förening för legitimerade läkare med intresse för integrativ medicin. LIM samverkar bl.a. med Föreningen för Integrativ Medicin, FIM. Under år 2019 avser föreningarna LIM och FIM att gå samman.	LIM vill verka för en helhetssyn på människan och menar att medicinska åtgärder bör inriktas på att stödja hälsofrämjande processer och inte enbart på att behandla enskilda sjukdomar och symtom. LIM arbetar för forskning kring komplementära medicinska metoder, ökad informationsspridning och utbildning. Detta sker bl.a. genom kurser, seminarier och förenings-möten. LIM arbetar också för att väldokumenterade komplementära behandlingsmetoder ska integreras i den vanliga sjukvården och anser att läkare och annan legitimerad sjukvårdspersonal bör få större möjligheter att – under fullt yrkes-ansvar – utöva komplementära och integrativa metoder.	Läkare med intresse för integrativ medicin kan bli medlem. Även läkarstudenter, tandläkare och andra medicinska utövare kan ansöka om medlemskap.
Övriga organisationer			
Föreningen för Frigivande Andning, FFA, http://andning.info	FFA är en intresseförening för fri-görande andning i Sverige.	Föreningen arbetar bl.a. för att sprida information om frigörande andning som en metod för att främja psykisk och fysisk hälsa.	För att bli medlem som verksam andningspedagog krävs att man gått en av föreningen godkänd utbildning samt att man följer de etiska riktlinjerna för andningspedagoger. Det finns även medlem-skap som stödmedlem. Föreningen hade 150 betalande medlemmar år 2016. FFA har en lista över pedagoger där det framgår vilka som är diplomerade.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Förenade Reikiförbundet i Sverige www.reikiforbundet.se	Förenade Reikiförbundet i Sverige är ett riksförbund för enskilda reiki-utövande medlemmar samt andra reikiorganisationer. Förbundet bildades år 2005.	Förbundet arbetar bl.a. med att sprida information om reiki, kvalitetssäkra utbildningar, främja och stödja forskning inom reiki, inspirera fler att lära sig reiki samt att vara en naturlig plattform för kunskap och utbyte av erfarenheter.	För att bli medlem i Förenade Reikiförbundet i Sverige krävs grundutbildning i reiki. Förbundet har etiska riktlinjer. Förbundet har ca 200 medlemmar varav ett 50-tal är yrkesverksamma inom reiki. Medlemmarna kan själv välja om de ska finnas synliga och sökbara i register på hemsidan. Det finns två separata register, ett för medlemmar och ett för yrkesverksamma medlemmar.
Klassiska Homeopaters yrkesförbund, KHY, www.klassiskahomeopater.se	KHY, är ett förbund för praktiserande homeopater, studerande homeopater och stödjande medlemmar. Förbundet bildades år 1985 under namnet Svenska Akademin för Klassisk Homeopati. Under år 2017 ändrades namnet till KHY.	KHY arbetar bl.a. för ökad hälsa och samhällsnytta, bättre kunskap om klassisk homeopati, kvalitetssäkring av klassiska homeopater och för ökad tillgång till homeopatiska läkemedel.	För att bli fullvärdig medlem i KHY krävs en basmedicinsk utbildning som motsvarar minst 60 hp samt en utbildning i homeopati omfattande minst 600 lärarledda undervisningstimmar. För att bli auktoriserad medlem i KHY krävs att medlemmen har arbetat i minst två år med klassisk homeopati efter att ha blivit fullvärdig medlem i förbundet samt innehar ansvarsförsäkring. Den auktoriserade förbinder sig dessutom att arbeta med klassisk homeopati. Det finns även medlemskap för studerande och stödmedlem. Förbundet har etiska riktlinjer. KHY har drygt 80 medlemmar, varav ungefär hälften är praktiserande. Förbundet har en adresslista med sökfunktion där det framgår om medlemmen är auktoriserad.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Komplementärmedicinska Riksförbundet, KMR, http://komplementarmedicinska.se	KMR, är ett riksomfattande yrkesförbund för terapeuter inom exempelvis homeopati, örtmedicin, näringsmedicin, ayurveda, aromaterapi, shiatsu eller zonterapi. KMR bildades år 2004.	KMR arbetar för naturlig folkhälsa bl.a. genom att sprida information och att uppmuntra till sund livsstil och kost samt hälsobefrämjande användning av kosttillskott. KMR stödjer BOT-avdrag och momsfri alternativ behandling.	För att bli medlem och kunna teckna försäkring i förbundet krävs utbildning i en terapiform på minst 200 lärarledda timmar inklusive teori och praktik eller en utbildning i flera sammansatta terapiformer med minst 300 lärarledda timmar. Det finns även medlemskap för studerande och stödmedlemmar. För att bli certifierad av KMR inom ett område krävs medlemskap i förbundet, patient- och ansvarsförsäkring och att terapeuten har kunskaper i anatomi och fysiologi minst motsvarande 15 hp. För akupunktur gäller motsvarande 90 hp basmedicin. Även skolor kan certifieras om de uppfyller förbundets krav. KMR har etiska regler. KMR har 336 yrkesverksamma medlemmar, 5 studerandemedlemmar och 2 stödmedlemmar. Förbundet har en lista på sin hemsida över medlemmar sorterat under olika terapityper.
Kraniosakrala Terapeutförbundet, KSTF, www.kstf.se	KSTF är ett förbund som företräder den speciella inriktningen kraniosakral terapi. KSFT bildades år 2002.	KSTF arbetar bl.a. med utvecklingen av terapin samt att sprida information om metoden och att få metoden erkänd i Sverige.	För medlemskap som terapeut krävs utbildning på grundnivå och genomförda praktiska och teoretiska prov samt basmedicinska kunskaper motsvarande 30 hp. Det krävs också ansvarsförsäkring. Diplomerade medlemmar kan genom studier och uppsats som redovisas till styrelsen få titeln auktoriserad terapeut. Som auktoriserad har man krav på sig att gå vidareutbildningar inom två-årsperioder. Det finns även medlemskap för studerande. Förbundet har etiska regler. KSTF har 145 medlemmar. Förbundet har en sökfunktion över terapeuter där det framgår om medlemmen är diplomerad, auktoriserad eller studerandemedlem.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Kroppsterapeuternas Yrkesförbund, KrY, www.kroppsterapeuterna.se	KrY är en branschorganisation för alla som arbetar med friskvård och har en av branschen kvalitetssäkrad utbildning. Klassisk massage är den dominerande yrkeskategorin. Förbundet har även ett affärsnätverk för företagare i friskvårdsbranschen. KrY bildades år 2001.	KrY arbetar efter ett 12-punktsprogram: friskvårdsmarknaden, Kroppsterapeuternas varumärke, etik, kvalitetssäkring, försäkring, nationellt kvalifikationsramverk, forskning, företagande, marknadsföring – medlemmar, breddning av förbundet, samarbete med andra aktörer och omvärldsbevakning. KrY driver även förslaget om införande av BOT-avdrag. KrY har även ett kvalitetsråd som bl.a. arbetar för kvalitetssäkring av de utbildningar som uppfyller förbundets krav för medlemskap.	Medlemskap finns i form av yrkesverksam medlem, anställd, elev, vilande medlem och stödmedlem. Som yrkesverksam medlem får man ett certifikat i form av ett sigill, kvalitetssäkrad. För att bli yrkesverksam medlem krävs en av KrY godkänd utbildning. I medlemskapet för verksamma ingår ett försäkringspaket med bl.a. ansvarsförsäkring och behandlingsskadeförsäkring. För anställda finns krav på att arbetsgivaren har behandlingsskade- och ansvarsförsäkring för medlemmen. De medlemmar som varit yrkesverksamma i minst tre år och gått relevanta vidareutbildningar om minst 15 heldagar alternativt gjort KrY:s validering motsvarande 30 hp, kan ansöka om KrY:s sigill kompetensutvecklad, certifikat 2. För att bli auktoriserad Kroppsterapeut och erhålla KrY:s sigill 3 ska man dessutom varit yrkesverksam minst tre år efter avslutad utbildning, inneha utökade kunskaper (60 hp eller motsvarande) inom sin profession eller närliggande område samt ha rekommendationsbrev av två kollegor eller andra personer med yrkesmässig kontakt. KrY har ett etiskt råd och etiska riktlinjer. KrY har totalt ca 4 300 medlemmar. KrY har ett sökbart register över sina medlemmar (det är valbart för medlemmen).
Nordiska Psykosyntesförbundet, http://psykosyntesforbundet.se	Nordiska Psykosyntesförbundet är ett yrkesförbund öppet för yrkesverksamma som arbetar med psykosyntesen som grund.	Förbundet arbetar bl.a. med att sprida information om psykosyntes, med medlemmarnas professionella utveckling samt för kvalitet i yrkesmedlemmarnas verksamhet.	För att bli yrkesverksam medlem krävs en minst tvåårig utbildning i psykosyntes med yrkesdiplom från en utbildningsanordnare som är godkänd av förbundet. Studerande och andra intresserade kan antas som stödjande medlem. Yrkesmedlemmar kan bli auktoriserad samtalsterapeut. Förbundet intygar att de auktoriserade samtalsterapeuterna har mer än 200 klienttimmar per år, minst 10 timmar handledning per år av en handledare godkänd av förbundets auktoriseringsråd och att de går fortbildning som är godkänd av auktoriseringsrådet minst 15 timmar per år. Förbundet har etiska regler och ett etiskt råd. Nordiska Psykosyntesförbundet har en sökfunktion över sina yrkesverksamma medlemmar.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Psykosyntesföreningen, PsF, http://psykosyntesforeningen.se	PsF är en yrkesorganisation för professionella psykosyntesterapeuter, coacher och psykosynteskonsulter utbildade vid PsykosyntesAkademin eller PsykosyntesInstitutet. Föreningen bildades år 1993.	PsF ska verka för hög kvalitet och stödja medlemmarna i deras verksamheter, bl.a. genom ansvarsförsäkring, fort- och vidareutbildning samt att värna om etiska regler.	Det finns tre typer av medlemskap; yrkesverksam medlem, studerandemedlem eller icke yrkesverksam medlem. För att bli yrkesverksam medlem krävs diplomering hos PsyksoyntesInstitutet eller PsykosyntesAkademin. De totalt fyra respektive fem år långa utbildningarna på PsykosyntesAkademin respektive Psykosyntes-Institutet ger en diplomering med behörighet att verka som psykosyntesterapeut. Både PsykosyntesInstitutet och Psykosyntes-Akademin är kvalitetssäkrade enligt riktlinjer från European Federation for Psychosynthesis Psychotherapy. Medlemskap för yrkesverksam medlem kräver att de etiska reglerna godkänns och att ansvarsförsäkring finns. Det krävs också kontinuerlig handledning och deltagande i fort-och vidareutbildning arrangerad av Psykosyntesföreningen. PsF har en etisk nämnd. PsF har 138 medlemmar varav 98 är yrkesverksamma. Föreningen har en sökfunktion över sina yrkesverksamma medlemmar.
Register Auktoriserade Counsellors i Sverige, RACS, www.racs.se	RACS är ett kvalitetsregister över auktoriserade RACS counsellors i Sverige (professionella samtalsterapeuter) utbildade vid de skolor som är medlemmar i RACS. RACS bildades år 2010.	RACS arbetar för att RACS-auktorisation blir känt som en kvalitetsgaranti och för att yrket counsellors etableras som en profession i Sverige.	Det är European Association for Counselling som godkänner ansökningar från skolor som vill bli medlemmar samt kontrollerar RACS register över auktoriserade counsellors. För att bli registrerad RACS counsellor krävs utbildning vid en av RACS godkända medlemsskolor eller likvärdig utbildning i ett annat land. En RACS-auktoriserad samtalsterapeut har en utbildning på minst fyra år motsvarande 850 lärarledda timmar. Auktorisation finns på två nivåer, europeisk nivå och svensk nivå. För auktorisering på svensk nivå krävs minst 250 praktiktimmar och på europeisk nivå minst 450 praktiktimmar under handledning. Det krävs även en ansvarsförsäkring. Auktorisering gäller i tre år, därefter krävs det tre dagars kompetensutveckling om året eller motsvarande samt viss handledning för att förnya auktoriseringen. RACS har etiska riktlinjer. RACS har ett register över auktoriserade samtalsterapeuter.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Skandinaviska Förbundet Komplementärmedicin, SFKM, www.sfkm.org	Medlemmarna i SFKM är terapeuter, coacher och instruktörer inom de flesta komplementärmedicinska och friskvårdsinriktade yrken. Godkända terapiformer är: olika former av massage som t.ex. svensk klassisk massage, Kilden healing-massage, cirkulations- & nervbane-massage, hästmassage, hund-massage m.fl. Andra godkända terapiformer är: taktil terapi, taktil massage, akupunktur, akupressur, aromaterapi, ayurveda, bowenterapi, friskvårdterapi, hudvård, fytoterapi, healing, homeopati, kostrådgivning, kinesiologi, näringsterapi, shiatsu, spa-terapi, Tui-Na, zonterapi och reflexologi, öronakupunktur, coaching, hypnoscoaching, laserterapi och mobilisering.	Förbundet arbetar bl.a. för moms-sänkning för branschen.	För medlemskap krävs en yrkesutbildning inom någon av förbundets godkända terapiformer. Utbildning ska omfatta minst 250 studie-timmar, varav 75 studietimmar ska utgöras av grund- och terapi-specifik anatomi och fysiologi. Vissa terapiformer kan kräva fler utbildningstimmar. Medlemskapet omfattar ansvars- och behand-lingsskadeförsäkring. SKFM erbjuder ett certifieringsprov som ger rätt till titeln kvalitets-säkrad terapeut. Kvalitetssäkringen innebär en kontroll av kunskaper inom bl.a. patientsäkerhet, hygien, lagar och regler samt basmedicin. Det finns även medlemskap för elever, medlemskap utan försäkring, medlemskap för anställda och medlemskap för ej yrkesverksamma. SFKM har 1 127 medlemmar. SKFM har en sökfunktion över terapeuter.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Svenska Akupunkturförbundet – Traditionell Kinesisk Medicin, SATKM, www.akupunkturforbundet.se	SATKM är ett rikstäckande yrkesförbund för akupunktörer som arbetar med traditionell kinesisk medicin och klassisk akupunktur inom Sverige. Organisationen startades år 1981.	Förbundet verkar bl.a. för en skyddad yrkestitel, rättvis moms samt satsningar på forskning med statliga medel. Internt verkar förbundet för höjd kompetens, skolfrågor, försäkring, information, vägledning etc. SATKM ordnar två-dagarsseminarium två gånger per år för att ge medlemmarna möjlighet till fortbildning.	För medlemskap krävs minst tre års utbildning i traditionell kinesisk medicin vid en av förbundet godkänd svensk akupunkturskola eller motsvarande utländsk utbildning samt västerländsk skolmedicin enligt förbundets målbeskrivning motsvarande den som krävs för sjuksköterskeexamen alternativt en genomgången utbildning till sjukvårdande yrke som kräver legitimation. Skolorna måste följa en godkänd utbildningsplan och genomgår inspektion. Förbundet genomför avslutande prov för samtliga elever på de godkända skolorna och för att bli aktuell för medlemskap ska eleven klara provet minst enligt uppställd norm. Alla aktiva medlemmar ska genomgå fortbildning kontinuerligt enligt en viss plan. Certifieringssystem diskuteras. Alla aktiva medlemmar har genom sitt medlemskap en heltäckande ansvars- och patientskadeförsäkring. Det finns även studerandemedlemskap. Förbundet har etiska regler och ett etiskt råd. Förbundet har 270 yrkesverksamma medlemmar. SATKM har en sökfunktion för att hitta akupunktörer som är godkända av förbundet.
Svenska Naturläkarförbundet, SNLF, http://snlf.se	SNLF organiserar yrkesutövare av naturläkekonst. Förbundet bildades år 1975.	SNLF arbetar med hälsa och friskvård och tar del av forskning som förbundet förmedlar till sina medlemmar. SNLF arrangerar fortbildningsdagar och workshops i anslutning till sina årsmöten samt andra förbundsmöten.	För att bli medlem krävs basmedicinsk utbildning motsvarande 60 hp, terapiutbildning (tre terapier varav minst en oral) motsvarande 120 hp, diagnostik och undersökningsmetodik motsvarande 15 hp och praktisk erfarenhet motsvarande 30 hp. Man ska även ha en ansvarsförsäkring. Regelbunden fortbildning är ett krav och önskvärt är en årsmötesnärvaro vartannat år. Förbundet har etiska regler. Förbundet har 69 medlemmar, varav 54 aktiva naturläkare och 5 aktiva naturterapeuter. På hemsidan finns en lista över ett antal medlemmar som har godkänt detta.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Svenska Osteopatförbundet, SOF, www.osteopatforbundet.se	SOF är ett rikstäckande förbund för kvalificerade osteopater. SOF bildades år 1980.	SOF arbetar för att öka medvetenhet om osteopati hos allmänheten och för att främja och förmedla forskning kring osteopatisk behandling. Förbundet verkar även för att yrket ska legitimeras.	För att bli medlem krävs att osteopatens utbildning uppfyller de krav som ställs enligt den europeiska standarden för osteopatisk utbildning och tjänster EN 16686:2015. En godkänd utbildning omfattar minst 4 års heltidsstudier (240 hp, varav 60 hp ska vara på avancerad nivå) samt tusen timmar handledd kliniktjänstgöring. Medlemmar ska även årligen delta i fortbildning om minst 30 timmar, varav minst 15 timmar ska vara lärarledda. I medlemskapet ingår en ansvars- och behandlingsskadeförsäkring. Det finns även medlemskap för studerande. Förbundet har etiska riktlinjer och en ansvarsnämnd. SOF och har i dag 285 medlemmar. SOF har en adresslista över yrkesverksamma osteopater på sin hemsida.
Svenska Riksförbundet för Bildterapeuter, SRBt, www.bildterapi.se	SRBt är ett förbund för bildterapeuter. Förbundet bildades år 2006.	Förbundet arbetar bl.a. med att sprida information och presentera forskning om bildterapi samt med yrkesetiska frågor.	För att bli yrkesmedlem i SRBt krävs bildterapeututbildning hos någon av SRBt godkänd utbildningsgivare samt att man yrkesmässigt bedriver bildterapi. Man kan även bli intresse- och stödmedlem. För auktorisation av yrkesverksamma medlemmar krävs följande: bildterapiutbildning motsvarande 60 hp, grundläggande psykoterapeutisk kompetens (”steg 1”) och bildterapeutiskt klientarbete minst 90 timmar efter uppnådd steg 1-kompetens, under minst 40 timmar handledning. Förbundet har etiska riktlinjer. SRBt har 146 yrkesmedlemmar och 27 stödmedlemmar. Förbundet har en lista över bildterapeuter som är yrkesmedlemmar.

Organisation	Vem är organisationen avsedd för?	Vad arbetar organisationen för?	Medlemskap, Certifiering/kvalitetssäkring
Sveriges Auktoriserade Gestaltterapeuter, SAG, www.gestaltterapeuterna.se	SAG är en yrkesförening för gestaltterapeuter i Sverige. SAG bildades år 1994.	Föreningen arbetar bl.a. för fortbildning av medlemmarna, god kvalitet och etik på medlemmarnas terapimottagningar, samt att sprida information om gestaltpsykoterapi och det gestaltterapeutiska förhållningssättet. Genom sin auktorisationsprocess arbetar SAG för kvalitetssäkring.	För att bli medlem i yrkesföreningen krävs en fyraårig utbildning i gestaltpsykoterapi från ett institut som är ackrediterat av European Association for Gestalt Therapy (EAGT), eller som har ansökt och godkänts som individuell medlem hos EAGT. Det krävs också att man har en giltig patient/ansvarsförsäkring. Auktoriseringsperioden varar i tre år och det krävs att man under varje treårsperiod genomför minst 60 timmar fortbildning och minst 15 timmar handledning. Var tredje år ska medlemmar sända in verifikationer som styrker att de uppfyller SAG:s auktorisationskrav på fortbildning och handledning. Man kan även vara stödmedlem, studerandemedlem eller bli utsedd till hedersmedlem. Föreningen har etiska regler samt ett etiskt råd. SAG har 115 auktoriserade medlemmar. SAG har en sökfunktion för kontaktuppgifter till sina yrkesverksamma medlemmar för att göra dem sökbara för klienter. Där finns även studerandemedlemmar sökbara, med information om att den personen är en terapeut som arbetar under handledning.

[1] FIM anser att integrativ och komplementär vård utgår från skilda begreppsanalyser. De menar att integrativ medicin är den större ramen, vilket inte skall likställas med komplementär medicin, där integrativ medicin innefattar bl.a. skolmedicinen (somatik och psykiatri), antroposofin, funktionsmedicin, annan komplementärmedicin, annan alternativ medicin, naturläkemedel, fysioterapi, psykoterapi, nutrition, fysisk aktivitet osv. Dock under förutsättning att behandlingen är vetenskapligt utvärderad i Sverige eller i andra länder.

B. Tabell över utbildningsaktörer och yrkesutbildningar som rekommenderas av yrkesorganisationer inom KAM (tillhör avsnitt 6.2)

I tabell 2 nedan finns en sammanställning över ett antal utbildningsaktörer och utbildningar som lyfts fram av de yrkesorganisationer som sammanställs i tabell 1 i bilaga 5. Inte samtliga utbildningar från respektive utbildningsaktör har inkluderats, men i flera fall är utbildningar inkluderade även om de inte är relevanta för den aktuella yrkesorganisationen. Utredningen gör inte anspråk på en fullständig redovisning och har heller inte gjort någon kvalitetsgranskning av utbildningarna. Här sammanställs information som utbildningsaktörerna själva tillhandahåller på sina hemsidor. Sammanställningen syftar till att återge exempel och att visa på bredden av utbildningar inom KAM-området. Se avsnitt 6.2 för en sammanfattning.

Från utbildningsaktörernas hemsidor har vi sökt uppgifter om vilka utbildningar som ges, vilka förkunskaper som krävs, utbildningens omfattning, om grundläggande utbildning i anatomi, fysiologi och sjukdomslära (ibland kallat basmedicin) ingår i utbildningen eller krävs som separat kurs, utbildningens pris samt om utbildningen är under statlig tillsyn och studiemedelsberättigad. Uppgifter saknas på flera ställen, då vi inte har funnit informationen på utbildningsaktörens hemsida och av tidsskäl inte har valt att prioritera direktkontakt. Informationen hämtades under perioden januari–februari år 2018.

Avsikten har varit att inkludera utbildningar för blivande yrkesverksamma. Vi har begränsat antalet utbildningar genom att exkludera utbildningar som enligt tillgänglig information förefaller vara kortare än motsvarande fyra veckors heltidsstudier. Vidare har vi exkluderat utbildningar till enbart djurterapeut, utbildningsaktörer förlagda utomlands, gymnasieutbildningar samt utbildningar som vi bedömer inte tydligt faller inom utredningens definition av KAM (personlig tränare, hälsocoach, holistisk coach, spa-terapeut, hälsopedagog, kostrådgivare, friskvårds- och kostkonsult, kost- och hälsocoach samt hudvårds- och spa-terapeut), såvida inte dessa samtidigt leder till utbildning inom något område som faller inom vår definition av KAM.

Läsanvisning till tabellen

I tabellen återges yrkesorganisation eller branschorganisation/paraply-organisation i första kolumnen. I andra kolumnen återges utbildningsaktörer som organisationen rekommenderar. Notera att en yrkesorganisation ofta rekommenderar flera utbildningsaktörer och att dessa i så fall ligger i raderna nedanför innan en ny organisation tas upp i kolumn ett. I tredje kolumnen återges utbildningar som tillhandahålls av respektive utbildningsaktör. Även här förekommer det att en utbildningsaktör har flera listade utbildningar, vilka då återges på raderna nedanför varandra under utbildningsaktören tills att en ny utbildningsaktör och/eller en ny organisation anges i kolumn ett eller två. Observera att inte samtliga utbildningar från respektive utbildningsaktör har inkluderats, men att det i flera fall är utbildningar inkluderade även om de inte är relevanta för den aktuella yrkesorganisationen.

I fjärde kolumnen anges eventuella krav på förkunskaper och antagningskriterier för respektive utbildning. I femte kolumnen finns information om utbildningens omfattning. Sjätte kolumnen innehåller information om huruvida utbildningen innehåller s.k. basmedicinsk utbildning, vilket bl.a. kan omfatta grundläggande utbildning i anatomi, fysiologi och sjukdomslära, och/eller om det krävs en separat kurs i basmedicin. I sjunde kolumnen anges ungefärlig kostnad för utbildningen för privatpersoner. Kostnaden för utbildningarna anges i normalfallet inklusive moms. Kostnad för litteratur, material, certifiering, egenterapi, internatkostnad, serviceavgift m.m. kan tillkomma. I samma kolumn anges även om det finns någon uppgift om utbildningen är studiemedelsberättigad och om utbildningen är under statlig tillsyn.

I tabellen används förkortningarna h för timmar, hp för högskolepoäng, mån. för månader och v. för vecka/veckor.

Tabell 2 Utbildningsaktörer och yrkesutbildningar som rekommenderas av yrkesorganisationer inom KAM (tillhör avsnitt 6.2)

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Föreningen för Frigörande Andning	Inspiraktiva	Andningspedagog-utbildning[1]		1,5 år, undervisningen är uppdelad i 8 block (totalt 24 dagar) + handledning + självstudier		36 000
Förbundet för musik-terapi i Sverige och Riksföreningen för Diplomerade Musik-terapeuter	Yrkesutbildning FMT-metoden Sverige	Funktionsinriktad musikterapi – FMT-metoden[2]	Grundläggande behörighet. Tillräckliga kunskaper/färdig-heter i ”piano-bruksspel”, musikterminologi samt i ele-mentär satslära och ackord-analys. Tillräckliga kunskaper inom utvecklingsteoretiska ämnen alternativt erfaren-heter som bedöms likvärdiga.	3 år, distans, motsvarande halvtid (motsvarande 120 hp), 1–2 dagars undervisning på skolan per mån. + auskulta-tioner + praktik		196 000
Förbundet för musik-terapi i Sverige och Sveriges Akademiska Musikterapeuter	Kungl. Musikhög-skolan i Stockholm	Magisterprogrammet i musikterapi[3]		3 år, halvfart		Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Klassiska Homeopaters Yrkesförbund	MEDICA skolan	Utbildning i klassisk homeopati[4]		2 år, distanskurs med under-visningsträffar och praktik		
	Vedic Akupunkturskolan	Akupunkturutbildning[5]	20 år gammal, gymnasie-kompetens el. 5 års yrkes-erfarenhet	3 år, deltid, 600 h teori och 250 h praktik, 60 dagar undervisning fördelat på 10 träffar om 2 dagar per år + självstudier + separat kurs i basmedicin motsvarande 60 hp (skolans egna kurs i basmedicin omfattar 24 före-läsningsdagar + självstudier och tar ca 1 år)	Kräver separat kurs i bas-medicin, se omfattning	90 000 + separat kurs i basmedicin (skolans egna kostar 40 000)

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Komplementärmedicinska Riksförbundet	Axelssons Gymnastiska Institut	Easy movements[6]	Minst 22 år gammal. Slutförd gymnasieutbildning el. minst 20 år och 2 års arbetslivserfarenhet. Goda kunskaper i svenska.	1,5 år. 30 dagars undervisning + handledning + praktikår (med 25 h egen undervisning, 2 intensivkurser, handledning)	10 dagars undervisning i anatomi	
		Friskvårdsmassör, steg 1[7]	Slutförd gymnasieutbildning el. minst 20 år gammal och 2 års arbetslivserfarenhet. Goda kunskaper i svenska.	8 v., 300 h undervisning inklusive distansstudier + praktik (6 behandlingar)	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	32 000
		Massageterapeut, steg 2[8]	Friskvårdsmassör. Slutförd gymnasieutbildning el. minst 20 år gammal och 2 års arbetslivserfarenhet. Goda kunskaper i svenska.	9 v., 275 h undervisning + extern praktik (6 behandlingar)	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	34 000 (55 000 för steg 1 och 2)
		Medicinsk massageterapeut, steg 3[9]	Massageterapeut. Slutförd gymnasieutbildning el. minst 20 år gammal och 2 års arbetslivserfarenhet. Goda kunskaper i svenska.	28 dagars undervisning, uppdelat på 6 block + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysiologi och "skadelära")	26 000 (77 000 för steg 1, 2 och 3)
		Rosenterapeut[10]	Minst 22 år gammal. Slutförd gymnasieutbildning el. minst 20 år och 2 års arbetslivserfarenhet. Goda kunskaper i svenska.	Deltid, 3 år. 12 utbildningsperioder om totalt 65 dagar + praktik (12–24 mån., minst 350 behandlingar) + handledning + egenterapi 23 behandlingar. För att bli diplomerad krävs separat kurs i basmedicin. (Skolans egna kurs är en distanskurs omfattande ca 100 h med 7 dagars undervisning på skolan.)	10 dagars undervisning i anatomi. Krävs även separat kurs i basmedicin för att bli diplomerad, se omfattning	

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Komplementärmedicinska Riksförbundet	Forts. Axelssons Gymnastiska Institut	Yogalärare[11]	Slutförd gymnasieutbildning el. minst 20 år gammal och 2 års arbetslivserfarenhet. Goda kunskaper i svenska.	Cirka 180 timmar undervisning uppdelat i 9 block, varav en v. i Spanien + självstudier + egen undervisning	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	
		Yogamassör[12]	Kroppsterapeutisk utbildning (t.ex. massageterapeut), utbildad yogainstruktör el. liknande. Möjligt att bli antagen på utbildningen via deltagande i introduktionskurs (1 dag) och ett efterföljande personligt samtal. Slutförd gymnasieutbildning el. minst 20 år gammal och 2 års arbetslivserfarenhet. Goda kunskaper i svenska	20 dagar undervisning fördelat på 5 block om 4 dagar (totalt 140 h) + 64 h praktik	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi)	32 000
		Yrkesutbildningen till diplomerad akupressör/ stressterapeut[13]	Slutförd gymnasieutbildning el. minst 20 år gammal och 2 års arbetslivserfarenhet. Goda kunskaper i svenska	35 dagar undervisning fördelat på 14 block + praktik (75 behandlingar) + egenterapi 6 behandlingar + självstudier. För att bli diplomerad krävs separat kurs i basmedicin. (Skolans egna kurs är en distanskurs omfattande ca 100 h med 7 dagars undervisning.)	För att bli diplomerad krävs separat kurs i basmedicin, se omfattning	

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Komplementärmedicinska Riksförbundet	Forts. Axelssons Gymnastiska Institut	Zonterapeut/ reflexolog[14]	Slutförd gymnasieutbildning el. minst 20 år gammal och 2 års arbetslivserfarenhet. Goda kunskaper i svenska	1 år. 49 dagar undervisning uppdelat i 8 block (totalt 276 h) + praktik (75 behandlingar) + självstudier. För att bli diplomerad krävs separat kurs i basmedicin. (Skolans egna kurs är en distanskurs omfattande cirka 100 h med 7 dagars undervisning på skolan.)	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och sjukdomslära). För att bli diplomerad krävs även separat kurs i basmedicin, se omfattning	59 800 + separat kurs i basmedicin
	Biopatiakademin	Biopatiutbildningen[15]		3 år, motsvarande heltid (el. 6 år halvtid), distans, undervisning på skolan ca 40 dagar	Motsvarande 60 hp, kursen ges av Arcanum Skolan	
	Isshin Gakkai	Akupunktur-utbildning[16]	Baskunskaper i österländsk medicin och energitänk från tidigare utbildningar	2 år, undervisning 56 dagar uppdelat i block om 2–3 dagar per mån.		53 500
	Neijing Akademin	Akupunktör i kinesisk medicin[17]		3 år, distans, motsvarande halvtid, undervisning på skolan 2–3 dagar per mån. + självstudier		105 000
	Nordiskt Näringscenter	Yrkesutbildning i medicinsk aroma-terapi, aromamassage och aromazonterapi[18]		17 dagar, fördelat på 4 block + praktik (30 behandlingar)		28 000
	Spakliniken	Akupressurterapeut (människa och hund)[19]		1,5 år distans, 30 dagars undervisning på skolan uppdelat i 2-dagars block + extern praktik (25 behandlingar) + självstudier. För att bli diplomerad krävs separat kurs i basmedicin	För att bli diplomerad krävs separat kurs i basmedicin	39 500 + separat kurs i basmedicin

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Komplementärmedicinska Riksförbundet	TCM Akupunktur och Utbildnings Center	Akupunktörutbildning (människa och häst el. hund)[20]	Inga	3 år distans deltid (1,5 år häst- el. hundakupunktur följt av 1,5 år humanakupunktur), undervisning på skolan 2 dagar per mån. + självstudier och praktik. För att bli diplomerad krävs separat kurs i basmedicin motsvarande 60 hp, vilket skolan tillhandahåller.	För att bli diplomerad krävs separat kurs i basmedicin, se omfattning	96 900 + separat kurs i basmedicin
	Team Hellberg Zonterapi	Zonterapiutbildning[21]	Grundkurs i zonterapi el. motsvarande.	Undervisningen är uppdelad i 8 block om 5 dagar under ca 1 år (275 h) + praktik 75 behandlingar + självstudier ca 180 h + separat kurs i basmedicin motsvarande 80 h.	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysiologi och skadelära). Krävs även separat kurs i basmedicin, se omfattning	ca 45 000 el. 47 000 beroende på studieort + separat kurs i basmedicin
	Örtmedicinska Skolan	Fytoterapeut/ örtterapeut[22]	Inga	1 år, 200 h undervisning (inklusive 25 h handledd praktik) fördelat på en helg per mån. + självstudier		27 000
		Homeopati[23]		2 år, deltid, undervisning ca. 3 dagar var tredje mån. (totalt 24 dagar)		27 000

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Kraniosakrala Terapeutförbundet	Body Intelligence	Diplomerad bio-dynamisk kraniosakral terapeut[24]		2 år, 50 dagars undervisning fördelat på 10 block + själv-studier	Viss utbildning i basmedicin (anatomi). Separat kurs i anatomi och fysiologi kan behövas för att bli diplomerad, minst 80 h krävs	65 000
	Spånga Friskvård Hälsocenter, Jin Luo institut av Wisdomability Educations	Auktorisation i kranio-sakral terapi med inriktning integral kraniosakral bio-dynamik terapi[25]	En grundutbildning omfat-tande minst 250 h lärarledda lektioner, teoretiska och praktiska i kraniosakral terapi. Basmedicin mot-svarande 30 hp	28 dagars undervisning i block om 2–3 dagar under ca 7 mån + 50 behandlingar + handledning + självstudier + egenterapi 10 behandlingar	Krävs separat kurs i bas-medicin, se förkunskaper	
Kroppsterapeuternas Yrkesförbund	Axelssons Gymnastiska Institut	Se beskrivning under Komplementär-medicinska Riksförbundet				
	Diplomera	Kvalitetssäkrad massör[26]		360 h undervisning + praktik 48 h	Anatomi 65 h och fysiologi 65 h	
	Grimslövs folkhög-skola och Medi-cinskt Kursforum	Hälsa / Friskvård – hälsoutvecklare och massageterapeut (med möjlighet till certifiering)[27]	3 årigt gymnasium samt 1 års arbetslivserfarenhet el. motsvarande	49 v, heltid, varav massör-utbildningen består av en grundkurs + 4 v. teori och 6 v. praktik (utförande av 30 be-handlingar) + 1 fördjupnings-vecka	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn
	Hagaberg folkhögskola	Hälsopedagog (med möjlighet till certi-fiering som massör, personlig tränare el. kostrådgivare)[28]	Grundläggande behörighet för yrkeshögskola. God förmåga i att uttrycka dig på svenska, både i tal och i skrift	2 terminer, heltid, lärarledd undervisning 20 h per vecka + självstudier. För att certifiera sig som massör krävs extra inläsning + arbete med egna klienter	Anatomi och fysiologi 50 h	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund	Harmony Shiatsu Center	Shiatsuterapeut-utbildning[29]	Inga	2 år och 2 mån. Undervisning en helg i mån. (440 h) + 130 praktikbehandlingar + egenterapi 10 behandlingar + separat kurs i basmedicin	Sjukdomslära. Krävs även en separat kurs i basmedicin	
	Hjälmared folkhögskola	Hälsocoach (med möjlighet till certifiering som massör och även personlig tränare el. kostrådgivare)[30]	18 år gammal	2 terminer, heltid + en termin på distans på kvartsfart med 5 undervisningsträffar	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi)	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn
	Jakobsbergs folkhögskola	Certifierad personlig tränare, inriktning hälsa, fysisk prestation och behandling (inklusive certifierad massör)[31]	Genomgått en 1-årig, eftergymnasial hälsoutbildning på folkhögskola el. motsvarande utbildning samt genomgått grundläggande massageutbildning och ha genomfört minst 30 massagebehandlingar	Cirka 6 mån, heltid, varav drygt 4 mån. undervisning på skolan samt 2 mån. distans med några undervisningsträffar + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi). Ingår även basmedicin i förkunskaperna	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn
	Kairon Reflexologiskola	Yrkesutbildning i reflexologi[32]	Inga	2 år. 40 dagars undervisning uppdelat i 10 block + praktik (50 behandlingar)		62 000
	Molkoms folkhögskola	Hälsotränare med möjlighet till certifiering som personlig tränare, kostrådgivare och massör[33]		1 år, heltid, undervisning aug–juni, därefter certifieringsperiod juni–aug.	Viss utbildning i basmedicin (anatomi, fysiologi och sjukdomslära)	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn
	Munka folkhögskola	Hälsocoach (med möjlighet till certifiering som personlig tränare och kostrådgivare samt diplomerad massör)[34]	Grundläggande behörighet	3 terminer, heltid, massageutbildningen ges delvis utanför kurstiden	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	Utbildningen till hälsocoachutbildningen är avgiftsfri, men frivillig utbildning i massage kostar 2 200 kr. Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund	Nordiskt Näringscenter	Se beskrivning under Komplementär-medicinska Riksförbundet				
	Physio Education	Diplomerad massör[35]	Inga	100 h undervisning fördelade på 5 kurshelger (15 dagar) + 40 h praktik + självstudier ca 60 h	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	12 000
		Diplomerad massage-terapeut[36]	Diplomerad massör	250 h undervisning förlagt till helger + 100 h praktik + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysio-logi och sjuk-domslära)	28 000 (40 000 totalt)
	Sabine Rosén utbildningar	Kinesiolog-klinisk inriktning[37]	Kunna göra en helkropps-massage för hemmabruk, finns anpassad kurs.	1,5 år, undervisning 450 h fördelat på 11 block om 3 dagar + 20 praktikdagar + handledning + självstudier		59 800
	Shiatsu Akademin	Shiatsuutbildning[38]		3 år, 70 dagars undervisning uppdelat i 14 block + 100 be-handlingar		Cirka 80 000
	Skandinaviska AyurvedaAkademin	Ayurvedisk massage[39]	Inga	24 dagar, uppdelat på 6 block med ca 1 block per mån. + behandlingar 30–50 h + egenterapi 10 h		26 500
	Stensund folkhögskola	Hälsocoach inklusive möjlighet till certi-fiering massör, per-sonlig tränare och kostrådgivare[40]	Behörighet för yrkeshögskola el. likvärdig utbildningsnivå	2 terminer (över 1 000 lärar-ledda lektioner)	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund	Svenska Hälsoteamet	Certifierad yogalärare[41]	Inga	18 mån, deltid (totalt 750 h), 62,5 dagar undervisning uppdelat på 15 block + självstudier ca 200 h + 50 h assisterad träning	Viss utbildning inom basmedicin (fysiologi, sjukdomslära och skadelära)	65 100 exklusive moms
		Diplomerad friskvårdsmassör[42]	Läsa, skriva och tala svenska samt vara minst 18 år gammal och ha gymnasiekompetens el. motsvarande	130 undervisningstimmar + ca 35 h praktik	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	18 800
		Diplomerad massör[43]	Läsa, skriva och tala svenska samt vara minst 18 år gammal och ha gymnasiekompetens el. motsvarande	240 undervisningstimmar, uppdelat i 6 veckoblock under en termin + ca 60 h praktik	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi)	29 500
		Medicinsk massageterapeut och certifierad massör[44]	Läsa, skriva och tala svenska samt vara minst 18 år gammal och ha gymnasiekompetens el. motsvarande	550 undervisningstimmar, uppdelat i 14 veckoblock fördelat på 2 terminer + 120 h praktik + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysiologi samt sjukdoms- och skadelära)	57 900 Inte studiemedelsberättigad
	Svenska Institutet för Integrativ Zonterapi	Integrativ zonterapeut[45]		1,5 år, distans deltid. Undervisningen är fördelad över 14 helgträffar (259 h) + 2 mån praktik med fortsatt handledning + självstudier (ca 285 h) + separat kurs i basmedicin motsvarande 30 hp för certifiering	Krävs separat kurs i basmedicin för att certifieras, se omfattning	48 750 + separat kurs i basmedicin
	Svenska Kinesiologi Skolan	Diplomerad kinesiolog[46]	Grundskola	1 år, undervisning 52 dagar (377 h) uppdelat i 13 block om 4 dagar + 50 behandlingar		60 100

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund	Forts. Svenska Kinesiologi Skolan	Licenserad psykopraktor och diplomerad kinesiolog, stresskinesiolog och energiterapeut[47]		2 år, deltid, undervisning 88 dagar uppdelat i 22 block om 4 dagar + självstudier	Viss utbildning i basmedicin (anatomi och fysiologi)	
	Svenska Kinesiologi Skolan och Akupraktorskolan	Licenserad akupraktor och diplomerad kinesiolog[48]		2 år, deltid, undervisning 84 dagar uppdelat i 21 block om 4 dagar + 50 behandlingar		
	Svenska Kinesiologi Skolan och Fysiopraktor Akademin	Licenserad fysiopraktor och diplomerad kinesiolog[49]		1 år, undervisning 48 dagar (340 h) uppdelat i 12 block om 4 dagar + 200 h behandlingar + självstudier	Viss utbildning i basmedicin (anatomi)	89 000
	Tärna folkhögskola	Diplomerad massageterapeut och certifierad massör[50]	Minst 18 år gammal. Tillräckliga kunskaper i svenska. Avslutad 1-årig hälsoinriktad utbildning på folkhögskola med grundläggande massageutbildning el. motsvarande ingår en grundläggande massageutbildning. Genomfört minst 30 st helkroppsmassagebehandlingar	17 v heltid, undervisning 2–3 dagar i veckan + handledd praktik 30 h + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi). Ingår även basmedicin i förkunskaperna	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn
	Åsa folkhögskola	Certifierad massageterapeut[51]	Studievana och gymnasiekompetens el. motsvarande	2 terminer, distans, halvtid. Undervisning på skolan 30 dagar uppdelat i 13 block + självstudier + praktik	Minst 100 h grundmedicin (anatomi och fysiologi)	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn
	Ädelfors folkhögskola	Friskvårdspedagog (inklusive certifierad friskvårdsmassör och personlig tränare)[52]	Treårigt gymnasium el. motsvarande	2 terminer, heltid	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Psykosyntesföreningen	Psykosyntes-Akademin	Diplomerad psyko-syntesterapeut[53]	Grundutbildning psykoterapi, är inkluderad i angiven om-fattning, samt en 5-dagars grundkurs i psykosyntes.	4 år, drygt 900 h under-visning, fysiska träffar ca 2–3 dagar per mån. inklusive praktik (minst 200 h) + självstudier + egenterapi 125 h		
	Psykosyntes-Institutet	Diplomerad psyko-syntesterapeut[54]	Grundutbildning i psykoterapi, är inkluderad i angiven om-fattning, samt en 6-dagars grundkurs i psykosyntes. Minst 25 år gammal	5 år. Undervisning år 1–3: 6–8 block om 3 dagar per år + en internatvecka per år. Undervisningstid under år 4 anges inte. Under år 5: praktik (minst 200 h) + diplomarbete. Egenterapi 75 h		Cirka 280 000 + egen-terapi
Register Auktoriserade Counsellors i Sverige	Expressive Arts	Auktoriserad KMR (korta musikresor) terapeut[55]	Terapututbildning med minst grundläggande kompetens i psykoterapi el. motsvarande	Cirka 1 år, deltid, under-visning i block om 2–4 dagar (totalt 16 dagar) + praktik + handledning + självstudier + egenterapi 4 sessioner		24 000 exklusive moms + handledning + egen-terapi
		GIM terapeut (Fellow of Guided Imagery and Music)[56]	Auktoriserad KMR terapeut	2 år		
	Psykosyntes-Akademin	Se beskrivning under Psykosyntes-föreningen				
	Psykosyntes-Institutet	Se beskrivning under Psykosyntes-föreningen				

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Skandinaviska Förbundet Komplementärmedicin	Akademin för Bowenterapi i Norden	Grundutbildning till bowenterapeut[57]	Inga	Cirka 1 års deltidsstudier, totalt 16 dagars undervisning fördelat på block om 2–3 dagar + 69 praktikbehandlingar + separat kurs i anatomi och fysiologi minst 80 lärarledda h	Krävs separat kurs, se omfattning	26 300–30 400 beroende på studieort + separat kurs i basmedicin
	Amazing Aroma	Certifierad aromaterapeut[58]		25 dagar, uppdelat på 10 delkurser + 20 behandlingar + självstudier + separat kurs i basmedicin motsvarande omvårdnadsprogrammet	Krävs separat kurs i basmedicin, se omfattning	31 000 + separat kurs i basmedicin
	Anemonen SPA School	Diplomerad massör/ massageterapeut[59]		4 v. (6–8 h undervisning per vecka + 10–20 h självstudier per vecka) + 120 h praktik	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi och fysiologi)	19 500 exklusive moms
	Ayurvedaskolan Human Health	Ayurvedisk hälsovägledare[60]		10 delkurser, totalt ca 22 dagars undervisning + separat kurs i basmedicin	Krävs separat kurs i basmedicin	
	Ayurvedaskolan i Varberg	Ayurvedisk hälsorådgivare[61]		22 dagar uppdelat i 10 kurser + 3 behandlingsmetoder (1–3 dagar per metod) + separat kurs i basmedicin	Krävs separat kurs i basmedicin	
	CNM-massage (cirkulations- och nervbanemassage)	Diplomerad CNM terapeut (massage)[62]	Gymnasiekompetens	Distanskurs, motsvarande 30 hp, 2 praktikdagar per 6 mån.	Anatomi och fysiologi 260 h som är obligatoriska. Därutöver valfria kurser	
	Docilis	Massageterapeut[63]	Gymnasieutbildning	1 år, distans, undervisning på skolan ca 1 v. i mån.	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysiologi och sjukdomslära)	31 000 exklusive moms

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Skandinaviska Förbundet Komplementärmedicin	Iris utbildningar	Healing och andningsterapeut[64]	18 år gammal, goda kunskaper i svenska	1 år, 160 h undervisning uppdelat i 6 block om 3 dagar + minst 100 h självstudier inklusive praktik		22 800
	Kina-Terapi Skolan	Akupressör[65]		300 h undervisning + ca 200 h självstudier + 75 akupressurbehandlingar + separat kurs i basmedicin (skolans egna kurs är en distansutbildning med 5 endagarsseminarium)	Krävs separat kurs i basmedicin, se omfattning	29 700 + separat kurs i basmedicin (skolans egna kurs kostar 5 800)
		TKM (traditionell kinesisk medicin) -akupunktör[66]		3 år, 600 h undervisning fördelat på 30 seminarier + ca 400 h självstudier + separat kurs i basmedicin (skolans egna kurs är en distansutbildning med 5 endagarsseminarium)	Krävs separat kurs i basmedicin, se omfattning	75 000 + separat kurs i basmedicin (skolans egna kurs kostar 5 800)
	Mariaskolan	Healingterapeut[67]		3 år, distans, motsvarande halvtid, undervisning på skolan 3 dagar per mån. + 3 v. internat, 800 kurstimmar och 100 h praktik + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (exempelvis anatomi, fysiologi och sjukdomslära)	
	MT Utveckling och Friskvård	Massageterapeut[68]	Inga	27 dagars undervisning uppdelat i 9 block om 3 dagar + minst 120 h praktik	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysiologi och sjukdomslära)	32 500
	Sveriges Utbildningscenter	Diplomerad massageterapeut och certifierad massör[69]	Inga	Distans, 570 h onlineutbildning + handledning 20–30 h alternativt 6 dagars intensivkurs + 100 elevbehandlingar	Anatomi och fysiologi ca 325 h	Ca 9 900 (+ handledning) 17 900 (inklusive handledning)
	Yogayama	Yogainstruktör[70]		200 h undervisning uppdelade i ca ett block per mån. under ca 7 mån. + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi)	49 000

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Svenska Akupunktur-förbundet – Traditionell Kinesisk Medicin	Ahremark Akupunktur	Grundutbildning i akupunktur[71]		3 år, 36 dagar fysiska träffar fördelat på 18 tillfällen + självstudier + separat kurs i basmedicin motsvarande 60 hp	Kräver separat kurs i bas-medicin, se omfattning	126 000 + separat kurs i basmedicin
	Akupunktur-akademin	Grundutbildning i akupunktur[72]		3 år, motsvarande halvtid, distans, 560 h (60 dagar) undervisning på skolan fördelat på 2 dagar i mån. + självstudier + 150 h praktik + separat kurs i basmedicin motsvarande 60 hp	Kräver separat kurs i bas-medicin, se omfattning	75 000 + praktik + separat kurs i bas-medicin
	Jian Shi De skolan	Traditionell kinesisk medicinsk akupunktör[73]	Gymnasiekompetens el. 5 års yrkeslivserfarenhet. Engelska motsvarande gymnasienivå	3 år (varav 2 år bas traditionell kinesisk medicin och 1 år akupunktur), distans, undervisning på skolan 2–3 dagar per mån. + självstudier + separat kurs i basmedicin motsvarande 60 hp	Kräver separat kurs i bas-medicin, se omfattning	82 500 + separat kurs i basmedicin
		Örtmedicinare[74]		Cirka 4 år, grundutbildning i traditionell kinesisk medicin (deras egna kurs är 2 år med fysiska träffar 2–3 dagar per mån.) + 2 år kinesisk örtmedicin (400 h) + separat kurs i basmedicin motsvarande 60 hp	Kräver separat kurs i bas-medicin, se omfattning	
	Neijing Akademin	Se beskrivning under Komplementär-medicinska Riksförbundet				

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Svenska Akupunktur-förbundet – Traditionell Kinesisk Medicin	Södra skolan för kinesisk medicin	Grundutbildning i akupunktur och traditionell kinesisk medicin[75]	Inga	3 år, undervisning 60 dagar fördelat på 10 helger per år		
		Grundutbildning i traditionell kinesisk örtmedicin[76]	Akupunktör med utbildning i traditionell kinesisk medicin	Cirka 2,5 år, undervisning ca 50 dagar fördelat på 10 helger per år + 1 mån. praktik på sjukhus i Beijing		62 500
Svenska Fotzon- och Reflexologiförbundet	Axelssons Gymnastiska Institut	Se beskrivning under Komplementär-medicinska Riksförbundet				
	Kairon Reflexologiskola	Se beskrivning under Kroppsterapeuternas Yrkesförbund				
	QiBo skolan	Diplomerad Zonterapeut[77]	Basmedicin motsvarande undersköterska.	Undervisning 250 h, uppdelat på block om 2 dagar under 10 mån.	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, sjuk-domslära och farmakologi), se även krav på förkunskaper	40 000
		Traditionell Kinesisk Medicin[78]		3 år. Undervisning uppdelad i 28 block om 2 dagar + 3 dagar i Spanien	Viss utbildning inom basmedicin	
	Team Hellberg Zonterapi	Se beskrivning under Komplementär-medicinska Riksförbundet				

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Svenska Riksförbundet för Bildterapeuter	Ateljé för Bildterapi	Jungiansk bildterapi-utbildning[79]		2 år, 8 block om 3 dagar + 4 v., (finns möjlighet att ansöka om ytterligare 1 år med handledning för yrkes-verksamma)		120 000 (inkluderar kost och logi vid samman-komster)
	Bildterapi Institutet Niarte	Bildterapi, avancerad[80]	Påbyggnadsutbildning för psykoterapeuter, psykologer, psykiatriker, socionomer etc. (Klinisk erfarenhet och minst steg-1 i psykoterapi är ett krav.)	2 år, 624 h undervisning (70 dagar) fördelat på 18 block + distansstudier ca 400 h		
		Bildterapi, grund[81]		3 år, 960 h undervisning på skolan (90 dagar) fördelat på 27 block + distansstudier ca 600 h		180 000 (inkluderar material, kost och logi vid sammankomster)
	Umeå universitet	Magisterprogrammet i bildterapi[82]	Högskoleexamen om minst 180 hp inom vård, socialt arbete eller lärarexamen om-fattande minst 180 hp samt specialpedagogexamen el. kandidatexamen i special-pedagogik. Bildterapi och/el. psykoterapi omfattande minst 30 h. Engelska och svenska för grundläggande behörighet	2 år, halvtid distans, 60 hp, undervisning på skolan 48 dagar fördelade på 18 kurstillfällen + själv-studier		Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Svenska Riksförbundet för Bildterapeuter	Forts. Umeå universitet	Specialistutbildning i bildterapi[83]	**I**) Konstnärlig utbildning, 120 hp el. motsvarande. 60 hp beteendevetenskap. 50 h individuell psykoterapi hos leg. psykoterapeut. 3 års erfarenhet av pedagogiskt konstnärligt arbete. **II**) Högskoleexamen / Yrkesexamen 120 hp inom vård, socialt arbete el. specialpedagogik. 30 h individuell psykoterapi hos leg. psykoterapeut. 3 års erfarenhet i det behörighetsgivande yrket. Kurser i konstnärliga tekniker motsvarande 1-års estetisk linje vid folkhögskola. **III**) Bildlärarexamen. 50 h individuell psykoterapi hos leg. psykoterapeut. 3 års yrkeserfarenhet som bildlärare. Eng A och svenska för grundläggande behörighet	1,5 år, halvtid, distans, 45 hp, 14 undervisningsträffar + självstudier		Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Svensk Förening för Antroposofisk Medicin och Terapi och Föreningen för Antroposofisk Konstterapi	Föreningen för Antroposofisk Konstterapi knuten till Rudolf Steiner högskolan	Antroposofisk konstterapiutbildning[84]	Minst 24 år gammal, avslutad yrkesutbildning el. högskoleexamen, erfarenhet av arbete med människor och ha kännedom om antroposofi alternativt är intresserad av att fördjupa sig i antroposofiska tankegångar	3 år, deltid motsvarande halvtid, undervisning uppdelat i 16 block om 3 dagar och 2 v. per sommar + 2 v. auskultationer + egenterapi 30 behandlingar + självstudier + praktik 10 v. + diplomarbete 10 v. + avslutningsresa	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysiologi och sjukdomslära)	Cirka 72 000 Inte studiemedelsberättigad

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Svensk Förening för Antroposofisk Medicin och Terapi och Läkeeurytmiföreningen i Sverige	Stiftelsen Läkeeurytmiutbildningen i Norden knuten till Rudolf Steiner högskolan	Läkeeurytmiutbildning[85]	Bland annat erkänt diplom för grundstudium i eurytmi (Sektion für Redende und Musizierende Künste, Dornach, Schweiz), yrkeserfarenhet som eurytmist, förstå/tala svenskt/nordiskt språk och vårderfarenhet	3 år, deltid motsvarande halvtid. Undervisning uppdelat i 7 block om totalt 20 v. + auskultationer + 4 v. praktik + 6 mån. praktik med minst 300 behandlingar + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysiologi och sjukdomslära), se även krav på förkunskaper	Studiemedelsberättigad
Svensk Massage, YrkesMassörernas förbund, Branschrådet Svensk Massage och Branschorganisationen Medicinsk Massageterapi	Bergqvist massage och Friskvårdsutbildningar	Massage och friskvårdsterapuet[86]	Genomfört gymnasium el. motsvarande. Lägst betyg Godkänd i Svenska A och Svenska B, el. lägst betyg E i Svenska 1, 2 och 3 från gymnasieskolans nationella program el. motsvarande kunskaper	390 h, inklusive praktik 120 h. Undervisning uppdelad i block om 3–5 dagar per mån. under 2 terminer (41 dagar)	120 h anatomi, fysiologi, grundmedicin och sjukdomslära	34 800 Statlig tillsyn
		Massageterapeut, avancerad/certifierad massör, med fördjupning inom idrottsmedicin, friskvård och funktionell träning[87]	Genomfört gymnasium el. motsvarande. Lägst betyg Godkänd i Svenska A och Svenska B, el. lägst betyg E i Svenska 1, 2 och 3 från gymnasieskolans nationella program el. motsvarande kunskaper	500 h, inklusive 120 h praktik. Kursen kan läsas på motsvarande halvfart under 2 terminer (5-dagars block varannan vecka (55 dagar)) el. motsvarande helfart under en termin (undervisning under 12 v.)	120 h anatomi, fysiologi, grundmedicin och sjukdomslära	44 800 Statlig tillsyn

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Forts. Svensk Massage, YrkesMassörernas förbund, Branschrådet Svensk Massage och Branschorganisationen Medicinsk Massageterapi	Forts. Bergqvist massage och Friskvårds-utbildningar	Massage och friskvårdsterapeut[88]	Grundläggande behörighet till studier under yrkeshög-skolan. Särskilda behörig-hetskrav: lägst betyget E i Svenska 1, 2 och 3, Engelska 5, Idrott och hälsa 1 och Massage 1 och 2 från gymnasieskolan el. motsva-rande. Finns en preparandkurs (3 dagar) för de som saknar massage 1 och 2 från gymnasiet.	2 år (400 YH-poäng, där 5 YH-poäng motsvarar 5 v. heltids-studier), 26 v. på skolan, 32 v. distansstudier och 22 v. praktik	Humanbiologi 50 YH-poäng	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
		Medicinsk massageterapeut[89]	Grundläggande behörighet till studier under yrkeshög-skolan. Särskilda behörig-hetskrav: lägst betyget E i Svenska 1, 2 och 3, Engelska 5, Idrott och hälsa 1 och Massage 1 och 2 från gymnasieskolan el. motsva-rande. Finns en preparandkurs (3 dagar) för de som saknar massage 1 och 2 från gymnasiet.	2 år (400 YH-poäng, där 5 YH-poäng motsvarar 5 v. heltids-studier), 26 v. på skolan, 34 v. distansstudier och 20 v. praktik	Humanbiologi 35 YH-poäng, skade- och sjukdomslära, farmakologi, 20 YH-poäng	Avgiftsfri Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
	Medicinskt Kursforum	Diplomerad massageterapeut[90]	Fullgjord gymnasieutbildning el. motsvarande med lägst betyg G i svenska och engelska. Alternativt tidigare utbildning inom idrott, hälsa och friskvård	28 v, distans deltid, 450 h undervisnings på skolan upp-delat i block om 2–3 dagar per vecka (totalt 77 dagar) + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysiologi och sjukdoms- och skadelära)	49 800

Branschorganisation eller yrkesorganisation	Utbildningsaktör	Utbildning	Krav på förkunskaper och antagningskriterier	Utbildningens omfattning	”Basmedicin”	Ungefärligt pris i kronor Studiemedelsberättigad Statlig tillsyn
Svensk Massage, YrkesMassörernas förbund och Branschrådet Svensk Massage	Hälsoteket	Medicinsk massageterapeut[91]	Inga	Undervisning 2 dagar i veckan under 2 terminer	Viss utbildning inom basmedicin (exempelvis anatomi, fysiologi och sjukdomslära)	38 000
	Svenska Hälsoteamet	Se beskrivning under Komplementärmedicinska Riksförbundet				
Svenska Osteopatförbundet	Skandinaviska Osteopathögskolan	Osteopatprogrammet, Bachelor of Science in Osteopathy (vid Metropolia University for Applied Sciences)[92]	Grundläggande behörighet för högskolestudier samt godkänd kurs i Engelska 6/Engelska B	4 år, motsvarande 240 hp, undervisning uppdelat i block om 6 dagar var 4:e vecka + klinikarbete + examensarbete på C-nivå + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (exempelvis anatomi, fysiologi och sjukdomslära)	293 000 Inte studiemedelsberättigad
	Stockholm College of Osteopathic Medicine	Diploma in Osteopathy[93] (Bachelor of Science in Osteopathy with full honours [vid British College of Osteopathic Medicine och University of Plymouth][94])	Grundläggande behörighet samt Områdesbehörighet 16 (Matematik B, Naturkunskap B [el. motsvarande Fysik A, Kemi A och Biologi A], Samhällskunskap A)	4,5 år, motsvarande 240 hp, undervisning i block om 5 dagar + klinikarbete + självstudier	Viss utbildning inom basmedicin (anatomi, fysiologi och sjukdomslära)	323 000 exklusive moms Inte studiemedelsberättigad Ingen statlig tillsyn
Sveriges Auktoriserade Gestaltterapeuter	Gestaltakademin	Diplomerad gestaltterapeut[95]	Genomfört Grundkurs i personlig utveckling (ca 15 dagar) samt Fördjupad personlig utveckling (16 dagar) el. motsvarande. Minst 1 års klinisk erfarenhet (1 600 h) inom psykiatriska vårdenheter, behandlingshem el. dylikt. Ha minst 180 hp (dispens är möjligt)	3 år, undervisningen är uppdelat i 18 block om 4–5 dagar (totalt 78 dagar) + handledning + egenterapi 96 h		195 000 + handledning + egenterapi

[1] https://www.inspiraktiva.se/kurser (hämtad 2018-02-02).
[2] http://www.fmtutbildning.se/index.html (hämtad 2018-02-01).
[3] https://www.kmh.se/utbildningar/alla-utbildningar/master--och-magisterprogram/musikterapi.html (hämtad 2018-02-01).
[4] http://medica.se/utbildning-i-homeopati/ (hämtad 2018-02-02).
[5] http://vedicakupunktur.se/wordpress/?page_id=48 (hämtad 2018-02-02).
[6] http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/rosenrorelser (hämtad 2018-01-29).
[7] http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/massage/friskvardsmassor (hämtad 2018-01-29).
[8] http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/massage/massageterapeut (hämtad 2018-01-29).
[9] http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/massage/medicinsk-massageterapeut (hämtad 2018-01-29).
[10] http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/rosenmetoden/kurser-inom-rosenmetoden (hämtad 2018-01-29).
[11] http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/yoga-qigong/yogalarare (hämtad 2018-01-29).
[12] http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/yoga-qigong/yogamassage (hämtad 2018-01-29).
[13] http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/akupressurstressterapi (hämtad 2018-01-29).
[14] http://axelsons.se/kurser-och-utbildningar/zonterapireflexologi (hämtad 2018-01-29).
[15] http://www.biopatiakademin.se/index.php?ID=25 (hämtad 2018-02-01).
[16] https://www.isshin-gakkai.eu/akupunkturutbildning (hämtad 2018-01-31).
[17] http://www.neijingakademin.se/utbildning/akupunktor/ (hämtad 2018-01-31).
[18] https://naringscenter.se/utbildningar/medicinsk-aromaterapi/ (hämtad 2018-01-30).
[19] http://www.spakliniken.se/manniska_hund_akupressur_utbildning.html (hämtad 2018-02-01).
[20] http://marietteakupunktur.se/humanakupunktur.html (hämtad 2018-01-31).
[21] http://www.teamhellbergzonterapi.com/ (hämtad 2018-01-30).
[22] http://www.ortmedicinskaskolan.se/text1_6.html (hämtad 2018-01-31).
[23] http://www.ortmedicinskaskolan.se/empty_16.html (hämtad 2018-01-31).
[24] https://www.bodyintelligence.com/practitioner-foundation-training/course/malmo (hämtad 2018-02-02).
[25] http://spangafriskvard.se/Utbildningar/Edu_programs_in_integral_craniosacral_biodynamics_therapy-authorization_%20and_certification/jin%20luo%20authorisation%20in%20craniosacral%20therapy%20-%20english.html (hämtad 2018-02-02).
[26] http://www.diplomera.com/diplomera.com/Kvalitetessakrad_massor.html (hämtad 2018-01-30).
[27] http://grimslovsfolkhogskola.se/sarskildakurser/halsa-friskvard-massage/ (hämtad 2018-02-19).
[28] https://www.hagaberg.fhsk.se/index.php/folkhogskola/halsopedagogutbildning/ (hämtad 2018-01-30).
[29] http://www.harmonyshiatsu.se/utbildning.html (hämtad 2018-01-30).
[30] http://www.hjalmared.se/utbildningar/halsocoach/ (hämtad 2018-02-09).
[31] https://www.jakobsbergsfolkhogskola.se/sv/vara-kurser/halsoutvecklare.aspx (hämtad 2018-02-09).
[32] http://www.kairon.se/#omreflexologi (hämtad 2018-01-30).
[33] http://www.regionvarmland.se/folkhogskolor/molkoms-folkhogskola/vara-utbildningar/halsotranare/ (hämtad 2018-02-09).

[34] http://www.munkafolkhogskola.se/halsocoach/index.html (hämtad 2018-02-09).
[35] http://www.physioeducation.se/produkter/produkt/diplomerad_massor (hämtad 2018-01-30).
[36] http://www.physioeducation.se/produkter/produkt/diplomerad_massageterapeut (hämtad 2018-01-30).
[37] http://sabineeducations.se/om-utbildningen/ (hämtad 2018-01-31).
[38] http://www.shiatsu.se/utbildning.html (hämtad 2018-01-30).
[39] http://www.ayurveda-akademin.se/utbildningar/utbildning-i-ayurvedisk-massage/ (hämtad 2018-01-30).
[40] http://www.stensund.se/utbildningar/hälsocoach-30311860 (hämtad 2018-02-09).
[41] http://www.svenskahalsoteamet.se/yoga/cert-yogalaerare (hämtad 2018-01-30).
[42] http://www.svenskahalsoteamet.se/massagekurser/dipl-friskvardsmassor (hämtad 2018-01-30).
[43] http://www.svenskahalsoteamet.se/massagekurser/diplomerad-massor (hämtad 2018-01-30).
[44] http://www.svenskahalsoteamet.se/massagekurser/certifierad-massor-och-massageterapeut (hämtad 2018-01-30).
[45] http://www.integrativzonterapi.se/utbildning.html (hämtad 2018-01-30).
[46] http://www.kinesiologi.se/kurs.asp?idkurs=461 (hämtad 2018-01-31).
[47] http://www.psykopraktor.se/psykopraktor_utbildningen.asp (hämtad 2018-01-30).
[48] http://www.akupraktor.se/ (hämtad 2018-01-31).
[49] https://www.fysiopraktor.se/ (hämtad 2018-01-30).
[50] http://tarna.fhsk.se/massage (hämtad 2018-02-09).
[51] http://www.asa.fhsk.se/massageterapeutkurs (hämtad 2018-01-31).
[52] https://www.adelfors.nu/kurser/laanga-kurser/friskvaardspedagog/ (hämtad 2018-01-31).
[53] http://psykosyntesakademin.se/psa/utbildningar-2/terapeututbildning/ (hämtad 2018-02-01).
[54] http://www.psykosyntesinstitutet.se/om-personlig-utveckling/terapeututbildning-5-ar/ (hämtad 2018-02-01).
[55] https://www.testwebben.se/1926/musikterapiutbildning.html (hämtad 2018-02-22).
[56] https://www.testwebben.se/1926/musikterapiutbildning.html (hämtad 2018-02-22).
[57] http://www.bowenterapi.com/index.php?ID=138 (hämtad 2018-02-01).
[58] http://amazinglivsstil.se/1/4/aromaterapiutbildning/ (hämtad 2018-02-02).
[59] http://www.spaskola.se/ (hämtad 2018-02-01).
[60] http://www.humanhealth.se/ayurveda-skolan/ayurvedisk-halsovagledare/ (hämtad 2018-02-01).
[61] http://www.ayurvedaskolan.se/empty_6.html (hämtad 2018-02-01).
[62] http://cnmmassage.se/?page_id=14 (hämtad 2018-02-01).
[63] http://www.docilis.se/kurser.html (hämtad 2018-02-01).
[64] http://irisutbildningar.se/kurser%20i%20healingmassage/healing-%20och%20andningsterapeut.html (hämtad 2018-02-02).
[65] https://www.kina-terapiskolan.se/akupressur (hämtad 2018-02-01).
[66] https://www.kina-terapiskolan.se/tkm-akupunktur (hämtad 2018-02-01).
[67] http://www.mariaskolangoteborg.se/ (hämtad 2018-02-01).

[68] http://www.mtutveckling.se/kurser-massage-friskvard/massageterapeut/ (hämtad 2018-02-01).
[69] http://www.utbildningscenter.nu/kurs/massage/?page_id=2776 (hämtad 2018-02-01).
[70] https://www.yogayama.com/teacher-training/ (hämtad 2018-02-01).
[71] http://www.klassiskakupunktur.se/akupunkturskola/ (hämtad 2018-02-02).
[72] http://www.akupunkturakademin.se/index.php/utbildningar/11-akupunkturutbildning-6-terminer (hämtad 2018-02-02).
[73] http://www.jianshi.com/ (hämtad 2018-02-02).
[74] http://www.jianshi.com/ (hämtad 2018-02-02).
[75] http://www.womack-tcm.com/sodraskolan/index.html (hämtad 2018-02-02).
[76] http://www.womack-tcm.com/sodraskolan/index.html (hämtad 2018-02-02).
[77] http://qibo-skolan.se/?page_id=469 (hämtad 2018-01-30).
[78] http://qibo-skolan.se/?page_id=57 (hämtad 2018-01-30).
[79] http://www.bildterapi.com/ (hämtad 2018-02-02).
[80] http://www.niarte.se/kursupplaumlgg.html#.WnQsqoWcHVg (hämtad 2018-02-02).
[81] http://www.niarte.se/kursupplaumlgg.html#.WnQsqoWcHVg (hämtad 2018-02-02).
[82] https://www.umu.se/utbildning/program/magisterprogram-i-bildterapi/utbildningsplan/ (hämtad 2018-02-02).
[83] https://www.umu.se/utbildning/kurser/specialistutbildning-i-bildterapi/ (hämtad 2018-02-02).
[84] http://konstterapiutbildning.se/ny-utbildningsstart-hosten-2014/ (hämtad 2018-01-30).
[85] http://lakeeurytmi.se/utbildningsplan/ (hämtad 2018-01-30).
[86] http://www.massageutbildningar.se/massagefriskvardsterapeut.php (hämtad 2018-01-30).
[87] http://www.massageutbildningar.se/massageterapeut.php (hämtad 2018-01-30).
[88] http://www.massageutbildningar.se/massagefriskvardsterapeut.php (hämtad 2018-01-30).
[89] http://www.massageutbildningar.se/medicinskmassageterapeut.php (hämtad 2018-01-30).
[90] https://www.massera.nu/mm_kursplan/ (hämtad 2018-01-30).
[91] http://www.halsoteket.com/diplomerad-massageterapeut-2.html (hämtad 2018-01-30).
[92] http://osteopathogskolan.se/utbildning/osteopatprogrammet/ (hämtad 2018-02-09).
[93] http://www.scom.se/utbildningar/osteopatutbildning/ (hämtad 2018-01-31).
[94] http://www.scom.se/utbildningar/osteopatutbildning/typ-i/ (hämtad 2018-01-31).
[95] http://gestaltakademin.se/?page_id=447 (hämtad 2018-02-02).

C. Tabeller över enkätsvar – utbildningar om KAM eller med KAM-inslag vid högskolor och universitet (tillhör avsnitt 6.2)

I tabell 3 och tabell 4 nedan sammanställs de enkätsvar som inkommit i samband med utredningens enkätundersökning riktad till utvalda svenska högskolor, universitet och några enskilda utbildningssamordnare. Syftet var att kartlägga förekomsten av utbildningar om KAM eller med inslag av KAM, se vidare avsnitt 6.2 för en utförlig beskrivning. I sammanställningen har vi delat in lärosätena efter om de i stort sett har hela utbudet av vårdutbildningar inklusive läkarutbildning (tabell 3) eller om de har ett mindre utbud av vårdutbildningar (tabell 4). Bland de sju stora lärosätena för vårdutbildningar har sex lärosäten svarat. Bland de övriga lärosätena har 17 av 24 tillfrågade svarat. I tabellerna redovisas de programutbildningar där minst ett av de svarande lärosätena angivit att utbildningen innehåller något inslag av KAM. I kolumnen fristående kurser redovisas endast kurser som inte redan finns under programutbildningar. I tabellen används förkortningarna h för timmar och hp för högskolepoäng.

Tabell 3 Enkätsvar – utbildningar om KAM eller med KAM-inslag vid vissa universitet (tillhör avsnitt 6.2)

Lärosäte	Programutbildningar	Fristående kurser	Uppdragsutbildningar
Universitet			
Göteborgs universitet	**Fysioterapeutprogrammet:** Inslag om KAM ingår i 4 olika kurser: 1) Fysioterapi – grundkurs. Kropp, rörelse och hälsa delkurs 1, 9 hp: massage grundläggande grepp, tillämpning och utförande 4 h + egen träning ca 2 h, 2) Fysioterapi – grundkurs. Kropp, rörelse och hälsa, 15 hp: medicinsk yoga teori och praktik 2 h samt mindfulness teori och praktik 2 h, 3) Fysioterapi – grundkurs. Rörelsesystemet 1, 7,5 hp: akupunktur tas upp tillsammans med andra smärtlindrande metoder under ett praktiskt behandlingsavsnitt om 90 min. och 4) Fysioterapi – fortsättningskurs III. Fysioterapi i öppenvård 2, 12 hp: mindfulness teori och praktik 2 h.		
Karolinska Institutet	**Fysioterapeutprogrammet:** Valbar kurs: Sensorisk stimulering vid muskuloskeletal smärta 7,5 hp. Fysioterapeutprogrammet har omstrukturerats och kommer inte att innehålla valbara kurser kommande år. **Läkarprogrammet:** Valbar kurs: Naturläkemedel och komplementärmedicin: användning, evidens och förhållningssätt 7,5 hp. **Valbar kurs för olika program:** Mindfulnessbaserad stresshantering 7,5 hp.	1. Naturläkemedel 7,5 hp, målgrupp: personal eller studenter inom hälso- och sjukvård eller farmaci. 2. Medicinsk akupunktur 15 hp, målgrupp: legitimerad vårdpersonal. 3. Integrativ omvårdnad 7,5 hp, målgrupp: sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.	1. Yogaträning som kompletterande behandling vid olika sjukdomstillstånd 7,5 hp för personal inom hälso- och sjukvården, lärare i idrott eller hälsopedagoger. 2. Medicinsk akupunktur 15 hp för legitimerad vårdpersonal.
Linköpings universitet	**Fysioterapeutprogrammet:** Har inslag i kursen Biomedicin, rörelse och hälsa II: mediyoga 2 h färdighet (frivilligt) plus skriftlig reflektion (obligatorisk). Akupunktur tas upp som ett teoretiskt exempel i avsnitt om smärta (exempel på hur gate control-teorin kan appliceras). **Läkarprogrammet:** En föreläsning om KAM under termin 8. Under termin 11 tas bland annat akupunktur upp i samband med smärtlindring vid förlossning. I gruppundervisning om klimakteriebesvär diskuteras KAM såsom akupunktur och tillämpad avslappning. **Specialistsjuksköterskeprogrammet:** Inriktning kirurgisk vård: basgruppsfall där patienten vill använda alternativmedicin. Lagstiftningen är målet i fallet. 2 h föreläsning om manuella metoder avseende diversiteter, legitimation och evidensläge. Fokus på evidensbaserad vård. I samtliga handläggningsfall kring symtom och tecken i kirurgisk vård kommer komplementära metoder fram. Stor vikt läggs vid diskussion kring säkerhet. Inriktning anestesi: en studieuppgift om komplementära metoder under kirurgi och/eller postoperativ återhämtning.	1. Allmän farmakologi 7,5 hp. Traditionella växtbaserade läkemedel tas upp under kursen i samband med Läkemedelslagen. 2. Läkemedel och fysioterapi 7,5 hp. I samband med att interaktioner med läkemedel diskuteras.	

Lärosäte	Programutbildningar	Fristående kurser	Uppdragsutbildningar
Umeå universitet	**Barnmorskeprogrammet:** Kurserna Förlossningskonst I, II och III kan omfatta t.ex. akupunktur, TENS, sterila kvaddlar, massage, bad och dusch. **Fysioterapeutprogrammet:** Har avsnitt om akupunktur i nuvarande utbildning, men det kommer att tas bort i en kommande utbildningsplan. **Läkarprogrammet:** Undervisning om verkningsmekanismer för akupunktur, akupressur och taktil massage under baskurserna. Även principerna för homeopati berörs från ett skolmedicinskt perspektiv. KAM, främst akupunktur, kan beröras på termin 5 under allmänmedicinveckan där studenter träffar sjukgymnast. **Specialistsjuksköterskeprogrammet:** KAM ingår som en del av kurser i specialistprogrammet med inriktning mot onkologisk vård. Det gäller kurserna Onkologi och omvårdnad vid cancersjukdom 7,5 hp och Palliativ omvårdnad och vård i livets slutskede 7,5 hp.		
Uppsala universitet	**Apotekarprogrammet:** Kurser i klinisk farmaci har moment om KAM motsvarande totalt 1,5 hp. Valbar kurs: Global farmaci 7,5 hp, varav inslag av KAM motsvarande 1,5 hp. **Fysioterapeutprogrammet:** Har moment kring tryckpunkter, zonterapi, massage etc. motsvarande 2 hp. Inslaget av KAM kommer att tas bort i en kommande utbildningsplan av Fysioterapeutprogrammet. **Läkarprogrammet:** Kurser i klinisk fysiologi och klinisk farmaci har moment om KAM motsvarande totalt 1,5 hp. Valbar kurs: Global hälsa 7,5 hp, varav inslag av KAM motsvarande 1,5 hp. **Receptarieprogrammet:** Kurser i klinisk farmaci har moment om KAM motsvarande totalt 1,5 hp. Valbar kurs: Global farmaci 7,5 hp, varav inslag av KAM motsvarande 1,5 hp. **Sjuksköterskeprogrammet:** Kurser i klinisk fysiologi och klinisk farmaci har moment om KAM motsvarande totalt 1 hp. Valbar kurs: Global hälsa 7,5 hp, varav inslag av KAM motsvarande 1,5 hp.		
Örebro universitet	Vårdutbildningarna har inslag där vetenskap och beprövad erfarenhet och nuvarande synen på evidens diskuteras. I dessa diskussioner kan olika aspekter på KAM komma upp.		

Lärosäten som inte svarat på enkäten: Lunds universitet.

Tabell 4 Enkätsvar – utbildningar om KAM eller med KAM-inslag vid högskolor och universitet (tillhör avsnitt 6.2)

Lärosäte	Programutbildningar	Fristående kurser	Uppdragsutbildningar
Universitet			
Karlstads universitet	**Receptarieprogrammet:** Mindre inslag i tre kurser: 1) Introduktion till farmaci och receptarieyrket 7,5 hp, 2) Farmakognosi, mat och hälsa 7 hp och 3) Rådgivning i egenvård och farmakoterapi 7,5 hp. Inslagen motsvarar ca 2 procent, 10–15 procent respektive 2 procent av respektive kurs. **Sjuksköterskeprogrammet:** Tas upp i två kurser: 1) Omvårdnad vid symtom och tecken på ohälsa 37,5 hp och 2) Omvårdnad vid långvarig ohälsa och multisjuklighet 30 hp. Valbar kurs: Palliativ vård 7,5 hp. **Specialistsjuksköterskeprogrammet:** Distriktssköterska: inslag i kurserna: Sjukdomslära och förskrivningsrätt av vissa läkemedel 15 hp och Hemsjukvård och avancerad omvårdnad i hemmet 15 hp.		
Linnéuniversitetet	**Sjuksköterskeprogrammet:** Valbar kurs: Komplementär och alternativ medicin i ett vårdvetenskapligt perspektiv 7,5 hp.		
Malmö universitet			
Mittuniversitetet			
Högskolor			
Blekinge Tekniska Högskola	**Sjuksköterskeprogrammet:** Del av en föreläsning ”Farmakologi vid ohälsa” i kursen Omvårdnad vid ohälsa där icke-farmakologisk behandling vid smärta tas upp, t.ex. TENS och taktil massage. **Specialistsjuksköterskeprogrammet:** Distriktssköterska: del av en föreläsning ”Äldre och läkemedel” i kursen Farmakologi och sjukdomslära inriktad mot förskrivningsrätt av vissa läkemedel där icke-farmakologisk behandling vid smärta tas upp, t.ex. TENS och taktil massage.		
Högskolan i Borås			
Högskolan Dalarna	**Magisterprogrammet i fysioterapi:** Vissa år ges kursen Smärta och sensorisk behandling inom magisterprogrammet i fysioterapi och även som fristående kurs för legitimerad vårdpersonal. Kursen innehåller inslag av västerländsk medicinsk akupunktur och TENS. Kursen gavs dock inte år 2017 eller 2018.		
Högskolan i Gävle	**Sjuksköterskeprogrammet:** Akupunktur tas upp i samband med undervisning om smärta och förlossningssmärta i kurserna: Folksjukdomar och långvariga sjukdomstillstånd ur ett vårdande och medicinskt perspektiv och Pediatrik, pediatrisk omvårdnad, sexuell och reproduktiv hälsa samt farmakologi. Inslagen motsvarar högst 0,5 hp vardera.		
Högskolan Kristianstad			

Lärosäte	Programutbildningar	Fristående kurser	Uppdragsutbildningar
Högskolan i Skövde	**Barnmorskeprogrammet:** Inslag i kurserna: Normala barnafödandet 9 hp, Professionellt förhållande och komplicerat barnafödande 7,5 hp och Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa 6 hp. Inslagen motsvarar 24 h, 31 h respektive 15 h.		
Högskolan Väst	**Sjuksköterskeprogrammet:** Litet inslag i kursen Palliativ vård 7,5 hp. **Socialpsykiatrisk vård:** En föreläsning om yoga och mindfulness i kursen Kriminologi – kriminalvård och psykisk ohälsa samt del av en föreläsning om ångestsjukdomar i kurserna Vård vid psykiatriskt tillstånd och Psykiatrisk vård, inriktning barn, ungdomar och unga vuxna. **Specialistsjuksköterskeprogrammet:** Del av föreläsningar om neuroutvecklingsstörningar och om ångestsjukdomar (PTSD) i kursen Psykiatrisk vård – olika perspektiv samt del av föreläsning om ångestsjukdomar och lågaffektivt bemötande i kursen Barns och ungdomars hälsa/ohälsa. Distriktssköterska med inriktning mot avancerad vård i hemmet: i kursen Palliativ vård i livets slutskede 7,5 hp berörs KAM, framför allt i diskussionsforum.	Akupunktur vid vård av personer med psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd 7,5 hp. Målgrupp: sjuksköterskor, social-psykiatriskt vårdutbildade, psykologer, läkare m.fl.	
Mälardalens högskola			
Södertörns högskola			
Enskilda utbildningsanordnare			
Ersta Sköndal Bräcke högskola			Beröring och massage – ett komplement i omvårdnaden 3,5 hp (3 dagar). Målgrupp: sjuksköterskor och annan legitimerad vårdpersonal samt undersköterskor.
Högskolan i Jönköping			
Röda Korsets Högskola	**Sjuksköterskeprogrammet:** Det ingår ett valbart moment på 7,5 hp i sjuksköterskeutbildningen. Studenterna har då möjlighet att läsa kurser inom KAM, med förbehållet att de ska kunna tillgodogöras som omvårdnad.		
Sophiahemmet Högskola			

Lärosäten som inte svarat på enkäten: Ericastiftelsen, Högskolan Evidens, Högskolan i Halmstad, Kungl. Musikhögskolan i Stockholm, Luleå tekniska universitet, Skandinaviens Akademi för Psykoterapiutveckling och Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi.

D. Sammanställning av studier – användning av och attityder till KAM och KAV (tillhör avsnitt 6.5)

Nedan finns en sammanställning av tretton publikationer över undersökningar som rör omfattningen av användning samt attityder till KAM och KAV bland den svenska befolkningen respektive sju undersökningar i specifika patientgrupper i Sverige. Bilagan omfattar även referat av fyra studier som är riktade till vårdpersonal och ytterligare två studier som är kopplade till attityder till och utbredningen av KAM och KAV i Sverige. Sammanställningen inkluderar de undersökningar som gjordes år 1985 och 1986 i samband med Alternativmedicinutredningen (SOU 1989:60) (1) och ett urval av studier som publicerats därefter. Endast studier med svenska data och studier som helt eller delvis faller inom utredningens definition av KAM ingår. Översikten har begränsats till studier som redovisar kvantitativa data. Urvalet av studier har gjorts via viss fritextsökning och utifrån identifierade studiers referenslistor och är således inte resultatet av en fullständig systematisk sökning. Sammanställningen gör inte anspråk på att vara heltäckande. För en syntes av sammanställningen se avsnitt 6.5.

Befolkningsstudier

Alternativmedicinkommittén 1987 (1)

År 1985 och 1986 genomförde alternativmedicinkommittén i samarbete med Statistiska centralbyrån (SCB) två undersökningar för att kartlägga svenska folkets erfarenhet av och inställning till alternativmedicin. Den första studien utgjordes av några tilläggsfrågor till Arbetskraftsundersökningen, AKU. Den andra studien var en postenkät riktad till personer med erfarenhet av alternativ behandling enligt AKU-undersökningen. Båda undersökningarna finns rapporterade i delrapporten *Fakta och röster om alternativ medicin.*

AKU-undersökningen genomfördes som telefonintervju och i undantagsfall som besöksintervju. Studiedeltagarna fick även ett informationsbrev som informerade om tilläggsfrågorna och gav en kortfattad information om begreppet alternativmedicin. Den första tilläggsfrågan löd ”Har du någonsin behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av kiropraktor, zonterapeut, akupunktör, homeopat,

naturläkare eller liknande – alltså av en alternativ terapeut?”. Denna fråga följdes upp med frågor om när (under år 1985, år 1980–1984 och eller före år 1980) och vilken typ av behandling det gällt (21 olika metoder kunde anges alternativt kunde fritext anges). De som inte hade någon erfarenhet av alternativ behandling fick frågan ”Skulle du kunna tänka dig att ta kontakt med någon behandlare för kroppsliga eller psykiska besvär?”. De som svarade nej på denna fråga tillfrågades om skälen till det.

Det var 20 478 personer som deltog i undersökningen, svarsfrekvensen var 91 procent. Resultaten visade att drygt en femtedel (22 procent) av befolkningen i åldern 16–74 år hade stor eller liten erfarenhet av alternativ behandling. Den vanligaste alternativa behandlingsformen var kiropraktik (inklusive kotknackare) som drygt 13 procent hade erfarenhet av, vilket betydde att 60 procent av de som hade erfarenhet av alternativ behandling hade varit hos en kiropraktor någon gång. Den näst vanligaste alternativa behandlingsformen var homeopati (inklusive kloka gubbar) som drygt 4 procent hade erfarenhet av, motsvarande ungefär en femtedel av dem med erfarenhet av alternativ behandling. Något färre hade erfarenhet av akupunktur, drygt 3 procent. Därefter följde naprapati (2 procent) zonterapi (2 procent) och örtmedicin, naturmedel, vitamin- eller mineralterapi (1 procent). Övriga metoder hade mindre än 1 procent av de svarande erfarenhet av. Totalt klassades 21 olika behandlingsformer samt en grupp med annan behandling.

Undersökningen visade att kvinnors och mäns erfarenhet av alternativ behandling var lika stor, däremot förelåg skillnader i erfarenhet av olika behandlingstyper. Erfarenheten av alternativ behandling varierade mellan olika åldersgrupper. Personer över 45 år hade större erfarenhet av att besöka alternativ terapeut, vilket även personer som var gifta hade. Förtidspensionärer och personer med tillfällig arbetsfrånvaro hade också större erfarenhet av alternativ terapeut än genomsnittet. Det fanns även vissa regionala skillnader i utnyttjandet av alternativ behandling.

Bland de personer som inte hade någon erfarenhet av alternativ behandling kunde två femtedelar tänka sig att söka en alternativ terapeut. Yngre personer och kvinnor hade större tilltro till alternativ behandling. Detta trots att unga använt alternativ behandling i lägre utsträckning, vilket antogs bero på att de inte varit sjuka i samma utsträckning som äldre. Knappt en femtedel av dem som inte hade

egen erfarenhet av alternativmedicin var negativa till att söka alternativ terapeut. De två vanligaste anledningarna (30 procent var) var att de var skeptiska eller inte trodde på alternativ behandling och att de var mer vana vid ”vanlig” sjukvård. Det fanns även vissa regionala skillnader i inställningen till alternativ behandling.

Till de personer som angett att de hade erfarenhet av alternativ behandling från år 1980 eller senare i AKU-studien skickades en postenkätstudie. Telefonuppföljning gjordes också av ett delurval. Urvalet till undersökningen omfattade 2 020 personer och deltagandet var 84 procent.

Undersökningen visade att alternativ behandling förekom bland personer med olika utbildningsnivåer och i alla sociala skikt. Manipulationsmetoder såsom kiropraktik, naprapati och osteopati dominerade den alternativa behandlingen. Över hälften av deltagarna hade behandlats med någon av dessa metoder vid det senaste besöket som de fått alternativ behandling (60 procent bland männen och 47 procent bland kvinnorna). ”Homeopatigruppen”, dit även naturmedicin och örtmedicin räknades, var den näst vanligaste behandlingsformen (18 procent). Bland kvinnor var ”homeopatigruppen” den näst vanligaste behandlingsformen (23 procent) och den tredje vanligaste bland män (13 procent). Den tredje vanligaste behandlingsmetoden var akupunktur, som 17 procent hade fått vid det senaste behandlingstillfället. Bland männen var akupunktur den näst vanligaste behandlingsmetoden (16 procent) och bland kvinnor den tredje vanligaste (13 procent).

I enkäten frågades om skälet till varför man valt att söka en alternativ terapeut. De svarande fick ta ställning till sju fasta svarsalternativ och flera skäl än ett fick anges. Det vanligaste skälet till att söka alternativ behandling var rekommendation av släkt eller vänner som nästan hälften av de tillfrågade svarade. Det näst vanligaste skälet var att deltagaren inte blivit hjälpt av sjukvården och det tredje vanligaste skälet var missnöje med sjukvården. Därefter följde att deltagarna gjort det av nyfikenhet på behandlingen samt skälet ”sista halmstrået”.

Undersökningen visade att nästan två tredjedelar av personerna (64 procent) först hade sökt hjälp i den vanliga sjukvården. Det var också en hög andel av personerna (44 procent) som sökt alternativ behandling parallellt med att de fått läkarvård. Cirka två tredjedelar av dessa personer hade berättat för läkaren om den samtidiga behandlingen. Läkarens reaktion var oftast positiv, medan omkring en

tredjedel av de svarande inte kunde avgöra om läkarens reaktion var positiv eller negativ och 16 procent angav att läkarens reaktion var negativ. Negativ reaktion var vanligast vid homeopatisk behandling och vid zonterapi.

De tillfrågade personerna fick också svara på om en alternativ terapeut bättre eller lättare än den vanliga sjukvården skulle kunna ge bot eller lindring vid ett antal olika symtom och besvär. Den största tilltron till alternativ behandling var vid ryggbesvär där mer än tre fjärdedelar skulle välja alternativ behandling. Även vid värk i leder och återkommande huvudvärk eller migrän var tilltron till alternativ behandling stor. Vid cancer, hjärt- eller kärlsjukdom, gallsten eller njursten, infektioner, mag-tarmbesvär samt ångest var tilltron däremot låg och en femtedel eller färre skulle välja alternativ behandling.

Personerna frågades också om de upplevda effekterna av den alternativa behandlingen. Drygt 70 procent angav att de nu var helt besvärsfria eller att de blivit något bättre. Av dessa var det 70 procent som angav att det var den alternativa behandlingen som var skälet till förbättringen. Därefter kom skälen egna åtgärder, tiden och behandling av läkare, sjuksköterska eller annan sjukvårdspersonal. Endast 1 procent angav att de hade blivit sämre efter den alternativa behandlingen. Övriga hade först blivit bättre och sedan sämre igen eller hade oförändrat tillstånd (11 procent vardera).

Deltagarna frågades även om de upplevt att de blivit felaktigt eller orättvist behandlade. Nästan en tredjedel svarade att de hade upplevt felaktig eller orättvis behandling vid besök på sjukhus eller hos läkare jämfört med 2 procent hos alternativ terapeut. Deltagarna hade också en mer positiv attityd till alternativ behandling och var mer nöjda med den alternativa vården jämfört med den vanliga sjukvården.

Messerer *et al.* 2001 (2)

I en annan befolkningsundersökning har användningen av *vitaminer eller annan stärkande medicin* och naturläkemedel under 1980- och 1990-talet studerats. Undersökningen är baserad på data från den nationella enkäten Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) som genomförs av SCB. Data hämtades från tre olika ULF-undersökningar, år 1980–1982, år 1988–1989 och år 1996–1997. I undersökningarna ingår ett slumpmässigt urval av personer i åldern 16–84 år.

Svarsfrekvensen i respektive undersökning var 86, 80 och 78 procent. Antalet deltagare var 14 642, 12 391 respektive 11 561, dvs. totalt 38 594 personer. Bland de svarande var det ungefär lika många män som kvinnor. Undersökningarna genomfördes med besöksintervju och kompletterades vid behov med telefonintervju. I undersökningarna fick deltagarna bl.a. svara på frågan om de under de senaste 2 veckorna använt något av följande läkemedel: (i) *vitaminer eller annan stärkande medicin*, (ii) naturläkemedel. Svarsalternativen var ja, nej och vet ej. Ingen närmare definition av begreppen gavs i frågan.

Rapporterad användning av *vitaminer eller annan stärkande medicin* var bland männen 13 procent år 1980–1981, 14 procent år 1988–1989 och 22 procent år 1996–1997. Bland kvinnorna var rapporterad användning av *vitaminer eller annan stärkande medicin* 23 procent år 1980–1981, 24 procent år 1988–1989 och 33 procent år 1996–1997. Motsvarande siffror för naturläkemedel för männen var 2 procent år 1980–1981, 5 procent år 1988–1989 och 7 procent år 1996–1997 och bland kvinnorna 6 procent år 1980–1981, 11 procent år 1988–1989 och 14 procent år 1996–1997. Den ökade användningen av *vitaminer eller annan stärkande medicin* skedde framför allt mellan undersökningarna som gjordes år 1988–1989 och år 1996–1997, prevalensen ökade med cirka 70 procent för såväl kvinnor som för män efter att ha kontrollerat för ålder, socioekonomisk grupp, civil status, rökning och region (odds ratio [OR] 1,7, 95 % konfidensintervall [KI] 1,6–1,9, respektive OR 1,7, 95 % KI 1,5–1,8) Användningen av naturläkemedel ökade främst mellan undersökningarna år 1980–1981 och år 1988–1989. Ökningen var totalt drygt 300 procent hos männen (OR 3,3, 95 % KI 2,9–4,0) och 260 procent hos kvinnorna (OR 2,6, 95 % KI 2,3–2,9) efter samma justeringar som ovan. Den ökade användningen av *vitaminer eller annan stärkande medicin* och naturläkemedel var statistiskt signifikant i alla åldersgrupper, socioekonomiska grupper (förutom för bönder) samt regioner i Sverige. De som konsumerade mest *vitaminer eller annan stärkande medicin* var kvinnor och män i åldern 16–34 år respektive 75–84 år. När det gäller naturläkemedel var den högsta användningen hos kvinnor i åldern 35–84 år och bland män i åldern 55–84 år.

Messerer *et al.* 2001b (3)

I denna studie har data från ULF-enkäten från år 1996–1997 enligt ovan används för att undersöka användningen av *vitaminer eller annan stärkande medicin* samt naturläkemedel med hänsyn till sociodemografiska faktorer (kön, ålder, utbildning, civil status och bostadsort) och olika faktorer kopplade till hälsobeteende och hälsostatus (rökning, relativ kroppsvikt [*body mass index*, BMI], fysisk aktivitet, frekvens av tandläkarbesök och självrapporterad hälsa). Enligt studien var de bästa prediktiva faktorerna för användning av *vitaminer eller annan stärkande medicin* och naturläkemedel ålder, kön och subjektiv hälsa. Rapporterad användning av *vitaminer eller annan stärkande medicin* var 22 procent för männen och 33 procent för kvinnorna år 1996–1997. Motsvarande siffror för naturläkemedel var 7 procent för männen och 13 procent bland kvinnorna år 1996–1997. För *vitaminer eller annan stärkande medicin* var användningen störst i den äldsta åldersgruppen (75–84 år). Hos män var användningen lägst i åldersgruppen 35–54 år. För naturläkemedel sågs en ökad användning med åldern hos män, medan hos kvinnor var den högsta användningen i åldern 55–64 år. Det fanns ett samband mellan utbildning och användning av *vitaminer eller annan stärkande medicin* hos män, men inte hos kvinnor. Bland de män som hade en utbildning efter gymnasiet var det dubbelt så många som använde *vitaminer eller annan stärkande medicin* jämfört med männen som hade grundskoleutbildning. Det fanns också ett samband mellan män som rapporterade mycket god hälsostatus och lägre användning av *vitaminer eller annan stärkande medicin* jämfört med de som rapporterade dålig hälsostatus. Detsamma gällde användningen av naturläkemedel. Hos kvinnorna var mönstret inte lika starkt. Personer som rapporterade att de tränar mer än två gånger per vecka regelbundet, konsumerade mer frekvent naturläkemedel jämfört med de som tränade mindre frekvent. Samma mönster sågs även för *vitaminer eller annan stärkande medicin* för män, men inte för kvinnor.

Wallström *et al.* 1996 (4)

I denna artikel redovisas resultat angående användning av KAM-preparat (*natural remedies*) från Malmö kost cancer (MKC)-studien. MKC-studien är en stor prospektiv kohortstudie med det primära

målet att undersöka sambandet mellan kost och efterföljande cancerrisk hos personer i åldrarna 45–65 år. Alla som fullföljde baslinjeundersökningen i MKC-studien under år 1991 och år 1992 ingår i den aktuella studiepopulationen (n=6 663). 118 personer exkluderades dock på grund av avsaknad av data. Av de återstående 6 545 personerna var 2 667 män och 3 878 kvinnor. Deltagarna i MKC-studien var födda mellan år 1926 och år 1945 och bodde i Malmö. Deltagarna bestod till 55 procent av personer som valts ut slumpvis och som kontaktats via brev. Övriga 45 procent av deltagarna var makar till andra deltagare samt personer som på eget initiativ önskade vara med i studien. I artikeln anges att det var svårt att ange svarsfrekvensen för MKC-studien eftersom det var en öppen kohortstudie där rekrytering fortfarande pågick. I december 1992 hade 14 000 patienter bjudits in att delta. 24 procent hade gått i genom screening, 3 procent väntade på screening och 6 procent hade avböjt medverkan. Hur många av de återstående 67 procenten som skulle komma att delta var okänt. I information om MKC-studien nämndes inget specifikt om KAM-preparat.

Baslinjeundersökningen bestod bl.a. av ett frågeformulär som rörde livsstil, socioekonomiska faktorer, matkonsumtion, mediciner och tidigare sjukdomar. En viktig del av baslinjeundersökningen var kostmätningar. Deltagarna fick föra dagbok under en vecka och skriva ned vad de åt. Även all konsumtion av KAM-preparat samt läkemedel skulle registreras i dagboken.

KAM-preparat definierades som ett preparat som kan antas inte orsaka skadliga effekter vid normal användning hos människa eller djur och där den aktiva komponenten är en del av en växt eller ett djur, mineral eller naturligt förekommande bakteriell kultur, salt eller lösning av salt. Örtteer inkluderades inte. En person som någon gång under de sju dagarna av registrering använt ett preparat som innehöll någon av en rad angivna substanser ansågs vara användare av KAM-preparat. Bland de angivna substanserna ingick bl.a. fiskolja, vitlök, ginseng, aloe vera, proteiner, aminosyror och antioxidanter.

Det var totalt 22 procent av studiedeltagarna som rapporterade användning av KAM-preparat. Det var en större andel kvinnor än män som rapporterade användning av KAM-preparat, 26 procent jämfört med 17 procent. De flesta användarna rapporterade användning av *ett* preparat. Av de som använde KAM-preparat var det 22 procent av männen och 28 procent av kvinnorna som använde fler

än ett preparat, varav ungefär 5 procent använde fler än två preparat. De vanligaste KAM-preparaten var vitlök följt av ginseng.

Cirka 80 procent av både männen och kvinnorna som använde KAM-preparat rapporterade även att de använde kosttillskott. Bland de som inte använde KAM-preparat var motsvarande siffror 19 procent bland männen och 30 procent bland kvinnorna. I analyser där man justerat för ålder, etnicitet, utbildning och civilstånd fann man att det var ökande andel användare av KAM-preparat med åldern hos män. Detta samband såg man inte för kvinnor. Det var en större andel personer med svenskt ursprung än personer som inte hade svenskt ursprung som använde KAM-preparat. En större andel kvinnor med längre utbildning än kvinnor med kortare utbildning använde KAM-preparat. Mönstret var inte lika tydligt för män. För kvinnor fanns det även ett samband mellan alkoholkonsumtion och användning av KAM-preparat, där det var en större andel KAM-användare vid högre alkoholkonsumtion. Hos män såg man i stället ett samband mellan rökning och lägre användning av KAM-preparat. Vidare var det en högre användning av KAM-preparat bland gruppen av kvinnor med lägst andel kroppsfett. Det var också något vanligare att kvinnor med låg självskattad hälsa använde KAM-preparat. Det fanns även ett samband mellan användning av läkemedel och användning av KAM-preparat både hos kvinnor och män. Användning av läkemedel rapporterades av cirka 45 procent av männen som använde KAM-preparat och av cirka 38 procent av männen som inte använde KAM-preparat. Motsvarande siffror för kvinnor var 57 procent respektive 51 procent. Man fann inga samband mellan användning av KAM-preparat och civilstånd eller en rad psykologiska faktorer som man mätte.

Al-Windi *et al.* 2000 (5)

I en lokal postenkätundersökning utförd i Håbo i Uppland under år 1994 undersöktes användningen av läkemedel (receptbelagda och icke receptbelagda läkemedel), KAM-preparat (*herbal medicines*)[1] och andra egenvårdsprodukter såsom bandage. Deltagarna fick själva skriva vilka typer av produkter under respektive kategori som använts under det föregående året. Enkäten skickades till ett åldersstratifierat

[1] Frågan löd: "*Did you buy any health food remedies e.g. herbal medicines in 1993, either for illness or as a preventive measure?*" Inga fasta svarsalternativ gavs, utan patienten uppmanades att lista preparat som de använt under år 1993.

slumpvis urval bestående av 1 312 personer över 16 år. Frågeformuläret besvarades av 827 personer, vilket gav en svarsfrekvens på 63 procent. Medelåldern bland de svarande var 45 år. I samtliga kategorier av produkter var det större andel kvinnor än män som uppgav användning under det föregående året (1993). För KAM-preparat var användningen totalt sett 32 procent, 39 procent bland kvinnorna jämfört med 24 procent för männen. Studien visade att konsumtionen av receptbelagda läkemedel ökade med åldern (efter medelåldern), medan användningen av de icke receptbelagda läkemedlen och KAM-preparaten var mer spridda i olika åldersgrupper. Dålig självupplevd hälsa var det enda av en rad mått på personens välbefinnande som var relaterat till en större sannolikhet att personen använt KAM-preparat.

Nilsson *et al.* 2001 (6)

Användningen av KAM-preparat (*CAM remedies/products*) har även undersökts via en enkät inom ramen för norra Sveriges MONICA-projekt, en befolkningsstudie i Västerbotten och Norrbotten om kardiovaskulär sjuklighet. I befolkningsundersökningen ingår ett slumpmässigt urval av personer i åldern 25–74 år. Denna enkätstudie omfattar primärt deltagare från undersökningen som gjordes år 1999, men flertalet hade även deltagit år 1990 eller år 1994. Av 8 051 tillfrågade personer år 1999 var det 5 794 som deltog (svarsfrekvens 72 procent). Bland de svarande var det ungefär lika många kvinnor som män och medelåldern var 53 år. Enkäten gavs i samband med provtagning.

KAM-preparat definierades som mineraler, vitaminer och andra substanser som inte förskrivits av läkare (såsom Q10, kisel, vitlök, ginseng, ginkgo biloba, valeriana, echinacea, fiskolja och homeopatiska läkemedel). Inga fasta svarsalternativ gavs, utan patienten uppmanades att lista KAM-preparat som de använt de senaste två veckorna. Tre av tio tillfrågade (31 procent) rapporterade att de hade använt något KAM-preparat de senaste två veckorna. Enbart vitaminer och eller mineraler hade använts av 12 procent av deltagarna, enbart andra KAM-preparat av 5 procent och 14 procent hade använt både vitaminer och eller mineraler och andra KAM-preparat. Totalt hade 173 olika preparat använts. Andra KAM-preparat dominerades av fiskolja, ginseng och Q10. Användningen var högst hos

kvinnor och högutbildade. Det fanns också en högre användning av KAM-preparat bland personer med låg självupplevd hälsa, särskilt bland kvinnor. Men förekomst av allvarlig kardiovaskulär sjukdom eller diabetes var inte relaterad till användningen av KAM-preparat och generellt sett sågs heller inget samband mellan användning av KAM-preparat och ålder. Användningen av vitaminer och eller mineraler var konstant över tidsperioden år 1990–1999, medan användningen av andra KAM-preparat ökade, framför allt hos kvinnor.

Stockholmare och den komplementära medicinen 2001 (7)

År 2000 lät Stockholms läns landsting utföra en befolkningsstudie av stockholmarnas inställning till och erfarenhet av alternativ och komplementär medicin. Studien genomfördes av Linköpings universitet (Tema Hälsa och samhälle). Resultatet av denna studie finns redovisad i rapporten *Stockholmare och den komplementära medicinen.* Studien omfattade 1 001 personer mellan 16 och 84 år som var folkbokförda och stadigvarande bosatta i Stockholms län. Svarsfrekvensen i undersökningen var 63 procent av de som uppfyllde inklusionskriterierna i ett slumpmässigt urval. Personerna intervjuades via strukturerade telefonintervjuer under en månad hösten 2000. I rapporten konstaterades att de intervjuade stockholmarnas kännedom om och definitioner av alternativ och komplementär medicin varierade. Kvinnor var mer bekanta med alternativa och komplementära behandlingsformer än män. Under intervjun nämndes tolv metoder: akupunktur, antroposofisk medicin, healing, homeopati, kinesiologi, kiropraktik, kristallterapi, massage, naprapati, naturläkemedel, Rosenterapi och zonterapi. De terapiformer som de flesta kände till var massage, naturläkemedel, akupunktur, kiropraktik och naprapati medan över hälften av de tillfrågade inte kände till antroposofisk medicin, Rosenterapi, kristallterapi eller kinesiologi.

Av de 1 001 tillfrågade personerna uppgav 49 procent att de någon gång besökt vad de skulle vilja kalla för alternativ- eller komplementärmedicinska behandlare[2]. Ytterligare 3 procent var tveksamma. En större andel kvinnor än män hade erfarenhet av sådana behandlare

[2] Frågan löd: Vilken erfarenhet har du av följande terapier? Följt av följdfrågor såsom någon gång och det senaste året. Terapierna som lästes upp var akupunktur, antroposofisk medicin, healing, homeopati, kinesiologi, kiropraktik, kristallterapi, massage, naprapati, naturläkemedel, Rosenterapi och zonterapi.

(53 procent jämfört med 44 procent). De intervjuade fick också ange vilka av de tolv tidigare nämnda terapierna som de hade egen erfarenhet av. Massage var den behandlingsform som de flesta, 57 procent, hade prövat någon gång i livet (vilken eller vilka typer undersöktes inte närmare). Naturläkemedel hade 42 procent prövat, kiropraktik 30 procent, akupunktur 26 procent, naprapati 21 procent, zonterapi 9 procent, homeopati 7 procent, healing 4 procent, antroposofisk medicin 3 procent, Rosenterapi 2 procent, kinesiologi 2 procent och kristallterapi 1 procent. En större andel kvinnor än män hade erfarenhet av metoderna. Med undantag för personer under 20 år respektive över 70 år var erfarenheten relativt jämnt fördelad över åldrarna. Det var vanligare att personer med längre utbildning använt terapiformerna.

20 procent av studiedeltagarna (202 personer) uppgav att de behandlats med någon av de tolv uppräknade alternativ- och komplementärmedicinska metoderna hos någon vårdgivare under det senaste året. Dessa personer fick följdfrågor knutna till det senaste behandlingstillfället. 36 procent av behandlingstillfällena hade ägt rum hos någon etablerad vårdgivare såsom sjukgymnast, läkare eller sjuksköterska, medan 59 procent gällde vad som i denna studie betecknades som alternativ- och komplementärmedicinska vårdgivare. Massage (51 procent), naprapati (24 procent), kiropraktik (21 procent) och akupunktur (16 procent) var de vanligaste terapiformerna och besvär från rörelseorganen var den vanligaste orsaken till att personen hade sökt vård.

Den mest frekventa anledningen till att personerna hade valt att gå just till den vårdgivare som man gjort var att man blivit rekommenderad av släkt och vänner. Detta gällde framför allt besök hos naprapater och kiropraktorer. Endast tre personer angav att de vänt sig till den aktuella vårdgivaren som ett slags sista halmstrå. 60 procent hade gått till läkare först för de besvär som man senare fått alternativ- eller komplementärmedicinsk behandling för. Personerna tillfrågades också om de bedömde att deras besvär hade förbättrats efter den alternativa- och komplementärmedicinska behandlingen. 59 procent angav att deras besvär hade blivit bättre, varav cirka hälften ansåg att förbättringen berodde på den alternativa- och komplementärmedicinska behandling. 7 procent hade försämrats efter den alternativa- och komplementärmedicinska behandlingen. Drygt hälf-

ten av de tillfrågade stockholmarna ansåg det troligt att de i framtiden skulle komma att söka vård hos vad de vill kalla alternativ- eller komplementärmedicinska behandlare, medan knappt en fjärdedel ansåg det som otroligt. Svaret varierade stort utifrån om personerna redan hade erfarenhet av sådan behandling eller inte. 38 procent av de intervjuade stockholmarna svarade att de under det senaste året använt något naturläkemedel, hälsokostpreparat, större doser vitaminer eller liknande, varav flera av deltagarna hade använt olika medel. Vanligast förekommande var konsumtion av vitaminer och mineraler i större doser som konsumerades av alla ålderskategorier. Konsumtion av naturläkemedel var högst i åldrarna 30–59 år och högre bland kvinnor och högutbildade.

Al-Windi 2004 (8)

Användningen av KAM har undersökts i en enkätstudie vid Jordbro vårdcentral i Stockholms län. Enkäten delades ut till samtliga vårdsökande över 16 år som besökte vårdcentralen mellan 14 januari och 30 juni 2002. Patienterna ombads att fylla i enkäten i samband med besöket på mottagningen om möjligt. En skriftlig påminnelse skickades ut till de som inte svarat på enkäten. Det fanns möjlighet att få enkäten översatt till annat språk. Enkäten innehöll frågor om sociodemografiska karaktäristiska, fysisk kondition, upplevd hälsa och besök hos läkare eller KAM-utövare samt användning av läkemedel under det förgående året (år 2001). I studien definierades KAM som manuella terapier, eller som icke-allopatisk medicin snarare än som okonventionell medicin. I enkäten efterfrågades om den svarande konsulterat någon alternativ behandlare exempelvis inom massage, akupunktur, kiropraktik eller naprapati eller andra terapier under det föregående året. Enkäten innehöll även en fråga om eventuell användning av KAM-preparat (*herbal medicines*). Resultaten angående användning av KAM-preparat redovisas i en separat publikation, se nedan.

Enkäten delades ut till 1 775 patienter och 1 433 svarade på enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 81 procent. Bland de svarande var medelåldern knappt 50 år. 62 procent av de svarande var kvinnor. Totalt var det 17 procent bland de svarande som under det senaste året hade besökt en KAM-utövare under det föregående året. Av dessa var det 74 procent som besökt en KAM-utövare, 18 procent

som besökt två utövare och 8 procent som besökt tre eller fler utövare. De vanligaste rapporterade KAM-metoderna var massage, akupunktur, kiropraktik och naprapati. Majoriteten av de svarande som konsulterat en KAM-utövare rapporterade muskuloskeletal smärta.

I studien såg man flera samband i bivariata analyser mellan konsultation av KAM-utövare och sociodemografiska faktorer, hälsostatus, livsstil och konsumtion av sjukvård. Man fann däremot inga samband mellan de svarande som rapporterat konsultation hos KAM-utövare och rökning, alkoholkonsumtion, civilstånd eller utbildning. Bland de svarande som rapporterat att de konsulterat en KAM-utövare var det en större andel kvinnor än män, en större andel användare bland personer i medelåldern, en större andel som rapporterade låg självupplevd hälsa respektive låg fysisk kondition, en större andel som rapporterade regelbunden fysisk aktivitet och som rapporterade kronisk sjukdom samt en lägre andel av gruppen som var födda i ett land utanför Europa. Men efter justering för möjliga störfaktorer (*confounders*) såsom sociodemografiska karakteristiska, hälsostatus och livsstilsfaktorer var det endast för kronisk sjukdom och regelbunden fysisk aktivitet där det kvarstod ett statistiskt signifikant samband med konsultation av KAM-utövare det föregående året. Det var ett positivt samband mellan förekomst av kronisk sjukdom och besök hos KAM-utövare (OR: 4,04, 95 % KI 2,20–7,68), medan det var ett negativt samband mellan regelbunden fysisk aktivitet och besök hos KAM-utövare (OR: 0,43, 95 % KI: 0,89–1,36).

Al-Windi 2004b (9)

Artikeln bygger på samma undersökning som beskrivs ovan, men i denna artikel redovisas resultaten för användning av KAM-preparat (*herbal medicine*)[3]. I enkäten frågades om den svarande hade använt något KAM-preparat under det föregående året (2001). I det fall de svarade ja ombads de ange antal produkter, produktnamn och anledningen till användandet.

Det var 22 procent av de svarande som hade använt någon form av KAM-preparat och totalt rapporterades 97 olika sorters preparat. De vanligaste diagnoserna bland användarna av KAM-preparat var

[3] I enkäten frågades om den svarande hade använt något KAM-preparat (*herbal medicine*) under det föregående året. I det fall de svarade ja ombads de ange antal produkter, produktnamn och anledningen till användandet.

muskuloskeletala, respiratoriska och cirkulatoriska sjukdomar, tecken eller symtom. I bivariata analyser fann man att användningen av KAM-preparat var vanligare bland patienter i åldern 45–64 år, bland kvinnor, bland högutbildade, bland patienter födda i nordiska länder eller i Europa samt bland personer med kroniska sjukdomar jämfört med andra åldersgrupper, män, lågutbildade, personer födda utanför Europa och personer utan kroniska sjukdomar. Däremot fann man inga samband mellan civilstånd, sysselsättning eller självupplevd hälsa. I analyser där man tagit hänsyn till möjliga störfaktorer (*confounders* [ålder, kön, utbildning, födelseland och förekomst av kronisk sjukdom]) kvarstod oberoende samband mellan användning av KAM-preparat och kön, utbildningsnivå samt för förekomst av kroniska sjukdomar. Det var en större andel kvinnor än män som rapporterade användning av KAM-preparat under det föregående året (OR: 1,95, 95 % KI: 1,40–2,76). Det var också en större andel användare av KAM-preparat bland de svarande med längre utbildning, definierat som minst 12 år, jämfört med de som hade kortare utbildning (OR: 2,10, 95 % KI: 1,49–2,97). Slutligen såg man ett positivt samband mellan andelen som rapporterat kroniska sjukdomar och andelen som använt KAM-preparat (OR: 1,62, 95 % KI: 1,15–2,29). Det fanns inga statistiskt säkerställda samband mellan konsumtion av hälso- och sjukvård i form av besök hos läkare, antal receptförskrivningar eller antal sjukskrivningsdagar under det föregående året.

Komplementär och alternativ medicin en inventeringsstudie, Blekinge FoU-enhet, 2005 (10)

Rapporten *Komplementär och alternativ medicin en inventeringsstudie* innehåller flera undersökningar bl.a. en redogörelse av postenkätstudien *Utnyttjande av KAM i Blekinge*. Rapporten är framtagen av FoU-enheten i Blekinge. Denna studie syftade till att undersöka hur stor del av Blekinges befolkning i åldern 18–54 år som använde KAM och vilka metoder som utnyttjades samt vilka demografiska samband som kunde ses i valet av KAM. Urvalet omfattade totalt 2 100 folkbokförda personer i Blekinge i åldrarna 18–54 år (slumpmässigt urval av 300 personer i varje åldersgrupp 18, 24, 30, 36, 42, 48 och 54 år). Enkäten skickades per post och efter två skriftliga påminnelser gjordes även en telefonuppringning. Flera besvarade enkäten då direkt per telefon. Totalt var det 1 284 svarande, vilket

gav en svarsfrekvens på 64 procent. Av de svarande var 54 procent kvinnor och 46 procent män. Åldersfördelningen var 18 år: 12 procent, 24 år: 12 procent, 30 år: 14 procent, 36 år: 15 procent, 42 år: 15 procent, 48 år: 16 procent och 54 år: 16 procent.

54 procent (693 personer) angav att de någon gång hade använt en komplementär och alternativ terapi[4]. Motsvarande siffra för det senaste året var 32 procent. I de yngre åldersgrupperna (18 och 24 år) var andelen som aldrig använt KAM störst.

Av de som någon gång använt KAM angav 28 procent att det skett 1–3 gånger, 14 procent 4–10 gånger och 12 procent fler än 10 gånger. De vanligaste använda KAM-metoderna var massage (30 procent), naturläkemedel (27 procent), akupunktur (17 procent), kiropraktik (14 procent), naprapati (11 procent), homeopati (6 procent), qigong (5 procent), meditation (4 procent), healing (3 procent), akupressur (2 procent), zonterapi (2 procent), aromaterapi (2 procent) och skratterapi (1 procent). Övriga metoder som rapporterades av mindre än 1 procent var reflexologi, kinesiologi, kroppsorienterad psykoterapi, Rosenterapi, yoga, *functional foods*, feldenkrais, laser, ljusterapi och antroposofisk medicin.

Bland de som använt KAM var det 51 procent som använt naturläkemedel, hälsokostpreparat, stora doser vitaminer eller liknande. Det var en större andel kvinnor än män som använt naturläkemedel, hälsokostpreparat, stora doser vitaminer eller liknande. Tre av fyra använde samtidigt receptbelagda läkemedel och naturläkemedel utan att informera sin läkare.

63 procent av de som någon gång använt KAM angav att de sökt KAM för besvär från rörelseapparaten, medan 10 procent sökt för psykiatriska besvär och 17 procent för övrigt. Av de som angav att de hade kroniska besvär med sjukdom inom rörelseapparaten (194 personer) hade 85 procent besökt sjukvården under det senaste året och 76 procent hade även sökt hjälp hos en KAM-terapeut. Drygt en fjärdedel av dem som svarat att de har besvär med rörelseapparaten hade besökt en KAM-terapeut mer än tio gånger. Anledningen till att man sökte KAM utifrån angivna svarsalternativ uppgavs vara att man läst eller hört att KAM kan hjälpa (34 procent),

[4] Frågan löd: Har du någon gång använt dig av någon form av komplementär och alternativ terapi? Följt av samma fråga om det senaste året. Det är oklart om svarsalternativ eller någon mer förklaring gavs.

”annat” (26 procent), tidigare goda erfarenheter av KAM (18 procent), missnöjd med den vanliga vården (13 procent) och svårt att få tid hos den vanliga vården (9 procent). Bland kategorin ”annat” var det 30 personer som svarade att de blivit remitterade eller rekommenderade av framför allt läkare i vården. 95 procent av de som använt KAM ansåg att de i olika grad upplevt att behandlingen hjälpt dem. Personer som upplever sitt hälsotillstånd som dåligt eller mycket dåligt hade sökt KAM i högre omfattning än de som upplever sig ha ett gott hälsotillstånd.

SCB, Ohälsa- och sjukvård 1980–2005, 2006 (11)

Rapporten *Ohälsa och sjukvård* av SCB grundas på data från fyra ULF-undersökningar. I denna rapport finns data över besök hos alternativ behandlare från ULF-enkäten år 2004–2005. Frågan som ställdes var: Har du under de senaste 12 månaderna behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av (i) naprapat, osteopat (ii) akupunktör, (iii) zonterapeut eller akupressör, (iv) homeopat, naturläkare eller (v) någon annan, nämligen? Med svarsalternativen ja och nej och med möjlighet till fritextsvar på den sista delfrågan. Totalt svarade 7 procent att de hade behandlats av en alternativ behandlare under det senaste året, 6 procent av männen och 9 procent av kvinnorna. I samma undersökning svarade 5 procent av männen och 6 procent av kvinnorna att de behandlats av en sjukgymnast det senaste året och 3 procent (både bland kvinnor och män) att de behandlats av en kiropraktor det senaste året. I undersökningen efterfrågades även om naturläkemedel hade använts de senaste två veckorna[5]. 21 procent av kvinnorna och 12 procent av männen svarade ja på den frågan. Antalet svarande i ULF-undersökningen år 2004–2005 var knappt 9 900 personer med en svarsfrekvens på cirka 75 procent. Datainsamlingen gjordes huvudsakligen genom besöksintervjuer med ett urval av Sveriges vuxna befolkning, 16 år och uppåt. Telefonintervjuer gjordes dock i vissa fall.

[5] Frågan löd: Har du under de senaste två veckorna använt naturläkemedel?

Novus-undersökning 2015 (12)

Novus har på uppdrag av Vidarkliniken genomfört en undersökning av svenska allmänhetens åsikter om sjukvård, naturläkemedel och integrativa behandlingsformer. Urvalet var slumpmässigt från Novus Sverigepanel. 1 020 deltagare i åldern 18–79 år svarade på enkäten i juni 2015. Uppgift om bortfall saknas. Resultaten visade bl.a. att majoriteten (73 procent) ansåg att läkaren lyssnar på patienten i ganska hög grad eller i mycket hög grad. Samtidigt trodde ungefär lika många att vården skulle bli bättre om sjukvården lyssnade mer på patienten. Nästan alla (95 procent) tillfrågade ansåg att det är ganska eller mycket viktigt med respektfull omvårdnad för tillfrisknandet. Varannan deltagare var mycket intresserad eller ganska intresserad av integrativ behandling. Intresset var större bland kvinnor (62 procent) än hos män (43 procent) och även i åldersgruppen 50–64 år (61 procent) jämfört med den yngsta åldersgruppen 18–29 år (40 procent). Integrativ behandling definierades som när konventionell vård och skolmedicinska läkemedel kombineras med väl beprövade komplementära medicinska behandlingsmetoder, exempelvis kiropraktik, massage och naturläkemedel. Vidare angavs att integrativ vård ordineras av skolmedicinskt utbildade läkare med vidareutbildning inom dessa områden. Totalt rapporterade 43 procent att de någon gång hade genomgått en integrativ behandling, varav en större andel kvinnor än män (52 procent bland kvinnorna och 33 procent bland männen). I den yngsta åldersgruppen (18–29 år) var det färre än genomsnittet (34 procent) som genomgått en integrativ behandling. Det var 78 procent som var nöjda med den integrativa behandlingen. Det var även 43 procent som angav att de någon gång använt naturläkemedel eller andra komplementära läkemedel som komplement till konventionell skolmedicin (50 procent bland kvinnorna och 37 procent bland männen) och 46 procent var nöjda med de komplementära läkemedlen[6].

[6] Har du någon gång använt dig av naturläkemedel eller andra komplementära läkemedel som komplement till konventionell skolmedicin?

Användning av alternativ och komplementär medicin (AKM) i Skåne 2016 (13)

Rapporten baseras på en enkätstudie, utförd vid Enheten för socialepidemiologi, Lunds Universitet, i samverkan med TNS Sifo. Enkäten besvarades av 1 534 vuxna personer i åldrarna 18–79 år bosatta i Skåne som kontaktades via TNS Sifos webbpanel. Svarsfrekvensen var 31 procent. Enkäten genomfördes under några veckor i början av år 2016. 71 procent av studiepopulationen svarade att de använt någon form av alternativ eller komplementär medicin (AKM) under det senaste året[7]. AKM-användning inkluderar här besök hos vårdgivare (exempelvis massör eller akupunktör), intag av naturmedel, örtmedicin eller kosttillskott, samt användning av självhjälpsmetoder som yoga eller avslappning. I siffran inkluderas inte mottagande av komplementär behandling hos konventionell vårdgivare eller på remiss. Rapporterad användning av AKM var större bland kvinnor, bland yngre åldersgrupper och bland personer med längre utbildning. Det fanns även ett samband mellan AKM-användning och en rad faktorer: hög stressnivå, långvariga hälsoproblem, goda motionsvanor och följande av särskild diet, men inte för dålig självskattad hälsa. För användning av konventionell medicin fann man enbart ett samband med långvariga hälsoproblem.

Den vanligaste formen av AKM som använts det senaste året var intag av kosttillskott, örtmedicin eller naturmedel som 53 procent av de tillfrågade hade använt, 69 procent av denna användning utgjordes av kosttillskott, medan örtmedicin utgjorde 25 procent och naturmedel 6 procent. En tredjedel hade uppsökt en AKM-vårdgivare och en knapp tredjedel uppgav att de använt någon typ av självhjälpsmetod. Bland självhjälpsmetoderna var andningsövningar (26 procent), yoga (20 procent) och avslappning (17 procent) de vanligast förekommande. Bland de som hade besökt en AKM-vårdgivare bestod de flesta besöken av massage (53 procent), som var lika vanligt hos kvinnor och män. Därefter följde kiropraktik (17 procent), naprapati (11 procent) och akupunktur (6 procent), healing (3 procent), osteopati (2 procent), zonterapi (2 procent), homeopati (1 procent) samt ”övrigt” (7 procent). Det var en större andel män som behandlats med kiropraktik, medan kvinnor i högre utsträckning fått healing och behandlingsmetoder som kategoriserats

[7] Det gavs vissa metoder att ta ställning till. Det är oklart om möjlighet till fritextsvar gavs.

under annat. 8 procent av de tillfrågade hade erhållit någon komplementär behandling av sjukvårdspersonal eller på remiss. Akupunktur, massage, mindfulness och ”övrigt” var de vanligaste svaren. En stor andel av AKM-användningen syftade till välbefinnande, behandling eller till prevention, medan en liten del syftade till diagnostisering. Användningen av konventionell vård exklusive tandläkare syftade i hög utsträckning till behandling och diagnostisering. Både de som sökt AKM-behandling och de som sökt konventionell behandling uppgav sig ha upplevt en hög grad av positiv effekt. När tandläkarbesök exkluderades från konventionell medicin sjönk andelen som uppgav positiva effekter av konventionell medicin. Men studiedeltagarna hade ett högre förtroende för konventionell medicin än för AKM, 67 procent rapporterade mycket högt eller ganska högt förtroende för konventionell medicin jämfört med 13 procent för AKM.

Patientstudier

Hardell *et al.* 1998 (14)

En enkätstudie om KAM-användning (alternativmedicinsk behandling) riktad till cancerpatienter utfördes i Umeå sjukvårdsregion under åren 1987–1996. År 1987 skickades enkäten till ett slumpmässigt urval från det lokala cancerregistret samt till matchade personer (kön och ålder) från befolkningsregistret. År 1990 och år 1996 skedde urvalet i stället konsekutivt från onkologiska klinikens mottagningslistor. Undersökningen omfattade totalt 854 cancerpatienter samt 144 kontroller år 1987. Svarsfrekvensen varierade mellan 85–91 procent bland cancerpatienterna och var 78 procent bland kontrollerna. De svarande var i åldersintervallet 16–90 år med en medelålder omkring 60 år och det var ungefär lika många kvinnor och män bland de svarande. Förekomst av alternativmedicinsk behandling skiljde sig inte mellan cancerpatienterna och kontrollgruppen år 1987, 17 procent respektive 19 procent angav användning av alternativmedicinsk behandling[8]. Motsvarande siffror för cancerpatienterna var 14 procent år 1990 och 16 procent år 1996 (21 procent av kvinnorna och 12 procent av männen år 1996). Tidsram för användning specificeras inte. Vanligaste förekommande

[8] Definition av alternativmedicinsk behandling och enkätfrågan framgår inte.

alternativmedicinska behandlingarna var akupunktur och kiropraktik och majoriteten av de personer som använt alternativmedicinsk behandling angav att de hade besvär från rörelseapparaten. Cirka 30 procent av cancerpatienterna jämfört med 50 procent av kontrollerna angav i undersökningen år 1987 att de blivit hjälpta av den alternativmedicinska behandlingen. Motsvarande siffror för cancerpatienterna år 1996 var 71 procent bland kvinnorna och 75 procent av männen. Antalet patienter som använt sig av alternativmedicinsk behandling för sin cancersjukdom var litet.

Hietala *et al.* 2011 (15)

Även bland bröstcancerpatienter i Skåne har användning av KAM visats sig vara vanligt förekommande. Det var totalt 855 patienter som svarade på enkäten under åren 2002 till 2008, vilket motsvarade 58 procent av bröstcancerpatienterna som var registrerade i Lund under den aktuella tidsperioden och 35 procent i Helsingborg. Enkäten besvarades av patienterna både preoperativt och postoperativt, vilket kunde vara fler år senare. I enkäten ombads patienterna att skriva ner all medicin som de konsumerat under den senaste veckan inklusive KAM-preparat (*natural remedies*) och kosttillskott[9]. KAM-preparat med eller utan vitaminer och eller mineraler användes av 34 procent av patienterna preoperativt och av 58 procent vid sista besöket postoperativt. Motsvarande siffror när vitaminer och mineraler exkluderades var 21 procent och 39 procent. Totalt sett var det över 100 olika KAM-preparat som rapporterades och mellan åtminstone åtta av de vanligt använda preparaten bedömdes det föreligga en interaktionsrisk med konventionell bröstcancerbehandling. Medelåldern bland de svarande var cirka 60 år och skiljde inte mellan KAM-användarna och de som inte använde KAM.

[9] Det ställdes en öppen fråga om samtidig behandling. I studien anges att det var biologiskt baserade KAM-preparat (*natural remedies*) som inkluderades (växtbaserade produkter, preparat vars beståndsdelar utgörs av en djurdel, vitaminer, mineraler, fettsyror, aminosyror, proteiner, probiotika, prebiotika, dieter och *functional food*).

Klingberg *et al.* 2009 (16)

I en annan enkätstudie har användningen av KAM undersökts hos patienter med reumatiska sjukdomar. Studiedeltagarna valdes slumpvis från en lista med öppenvårdspatienter med besökstid till Reumatologiska kliniken vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och vid Reumatologiska kliniken i Uddevalla under några månader år 2007. Av 329 utvalda patienter deltog 200 patienter (40 exkluderades på grund av att tiden för besöket ombokats, 82 tackade nej till att delta i studien, 3 uppfyllde inte inklusionskriterierna och 4 hade inte fyllt i enkäten korrekt). Medelåldern bland de svarande var 54 år och det var fler kvinnor än män bland de svarande (69 procent var kvinnor). Vid tiden för studien var det 29 procent av studiedeltagarna som använde KAM[10]. Av dessa var det 23 procent som använde något KAM-preparat (*CAM drugs*) och 10 procent som använde någon annan KAM-metod. 65 procent hade erfarenhet av KAM någon gång under livet. Erfarenheten av KAM någon gång i livet var vanligare hos de något yngre (medelålder 52 år jämfört med medelålder 58 år i studien). Kvinnor använde oftare KAM-preparat jämfört med män men det var ingen skillnad i användningen av andra KAM-metoder. Pågående användning av KAM-preparat rapporterades av 29 procent av kvinnorna jämfört med 10 procent av männen. Motsvarande siffror för pågående KAM-metoder var cirka 10 procent både hos kvinnorna och männen. Det vanligaste KAM-preparatet som studiedeltagarna någonsin använt var omega 3-fettsyra följt av glukosamin och nyponprodukter och den vanligaste KAM-metoden var akupunktur (22 procent) följt av massage (12 procent) homeopati (10 procent), kiropraktik (8 procent), qigong (3 procent) och yoga (3 procent). Användning av KAM var associerat med parametrar som indikerar sämre hälsa. De vanligaste anledningarna till användningen av KAM var att kontrollera smärta och stelhet, att förbättra ledsjukdom och att minska trötthet. Hälften av patienterna som hade erfarenhet av KAM-preparat uppgav att det gett positiv

[10] KAM definerades så här: "*CAM is treatment used as a complement or an alternative to conventional medicine. CAM drugs were defined as substances taken orally or used topically and with a natural origin (herbs, bacterial cultures, part of an animal, minerals, vitamins, or salts) and corresponding to the NIH definition of Biologically Based Practices. CAM methods included the following groups of practices defined by the NIH: Whole Medical Systems (homeopathy, traditional Chinese medicine), Mind-Body Medicine (meditation, mental healing), Manipulative and Body-Based Practices (chiropractic or osteopathic manipulation, massage) and Energy Medicine (Qui gong, use of magnetic fields)*". NIH är en förkortning för *National Institutes of Health*. Patienterna försågs med en lista med metoder för att bättre förstå begreppet KAM.

effekt på sin hälsa och 10 procent nämnde biverkningar. Bland de som använt andra KAM-metoder någon gång i livet upplevde 66 procent av patienterna positiva effekter och 13 procent negativa effekter.

Lövgren *et al.* 2011 (17)

En tredje enkätstudie om KAM-användning hos cancerpatienter undersökte KAM-användningen hos lungcancerpatienter. Enkäten skickades ut år 2007 till samtliga medlemmar i en lungcancerförening med 351 medlemmar. Bortfallet var stort med 189 svarade varav 94 svar var från patienter och 95 svar var från anhöriga. Endast resultaten från patienter själva inkluderades i studien. Medelåldern var 62 år bland de svarande och 71 procent var kvinnor. 53 procent av patienterna (50 av 92) rapporterade användning av KAM[11]. Kvinnor och män använde KAM i lika stor omfattning och det var ingen skillnad mellan KAM-användare och de som inte använde KAM avseende ålder eller utbildningsnivå. De vanligast förekommande KAM-metoderna var kosttillskott (42 procent), bön (32 procent), massage (24 procent), naturläkemedel och naturmedel (20 procent), ”övriga KAM-metoder” (20 procent) samt antroposofisk medicin (18 procent). De vanligaste angivna anledningarna till KAM-användningen var hälsofrämjande effekter (vilket särskilt gällde kosttillskott och naturläkemedel och naturmedel) eller för att öka välmående. Andra anledningar som angavs var att bota sjukdom (framför allt bön) och att minska biverkningar från annan behandling. Majoriteten av patienterna som rapporterat KAM-användning höll helt eller delvis med om påståendet att behandlingen hjälpt dem.

Oxelmark *et al.* 2016 (18)

I en annan studie har prevalensen av KAM-metoder undersökts hos svenska patienter med inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). I denna enkätstudie har 854 patienter med IBD från tolv olika sjukhus blivit tillfrågade under år 2008–2009. Även en matchad kontrollgrupp om 1 400 personer valdes slumpmässigt från Statens personadressregister.

[11] Användning av tolv metoder efterfrågades (naturläkemedel och naturmedel, vitaminer och mineraler, healing, qigong, massage, akupunktur, naprapati, kiropraktik, antroposofisk medicin, homeopati, meditation och bön). Även andra metoder kunde anges.

Till kontrollgruppen skickades enkäten med post. Svarsfrekvensen var 76 procent bland patienterna med IBD och 32 procent bland kontrollerna. Åldersintervallet för deltagarna var 13–89 år och medelåldern var 43 år bland patienterna med IBD och 46 år hos kontrollerna. I kontrollgruppen var 58 procent bland de svarande kvinnor och bland IBD-patienterna var 48 procent kvinnor. I enkäten angavs 24 olika KAM-metoder, men det fanns även möjlighet att ange annan metod[12]. Bland patienterna med IBD var det 48 procent som hade använt någon KAM-metod under det senaste året jämfört med 54 procent bland kontrollerna (p=0,025 efter justering för ålder, kön, bostadsort och kost). Den vanligaste använda KAM-metoden var massage (21 procent för patienterna med IBD respektive 31 procent för kontrollerna). Därefter följde KAM-preparat (*natural products*)[13] (19 procent respektive 22 procent). Patienterna med IBD sökte KAM-metoder för smärtlindring och för att hantera sin sjukdom samt för att förbättra sitt välmående. Bland kontrollerna var det få som angav någon anledning till KAM-användningen. Det var 83 procent av patienterna med IBD och som hade använt någon KAM-metod det senaste året som upplevde en positiv effekt av KAM-behandlingen, medan 14 procent upplevde en negativ effekt.

Lökk och Nilsson 2010 (19)

Användningen av KAM har studerats hos patienter med Parkinsons sjukdom. En postenkät skickades till samtliga öppenvårdspatienter med Parkinsons sjukdom vid en neurologisk klinik på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm. Svarsfrekvensen var 81 procent (325/403). Medianåldern i studien var 74 år och det var 53 procent män och 47 procent kvinnor bland de svarande. 34 procent av deltagarna använde KAM i någon form. I enkäten fanns tio olika KAM-

[12] 24 svarsalternativ gavs (massage, KAM-preparat, avslappning, yoga, akupunktur, naprapati, rådgivning, kiropraktik, meditation, religion, qigong, reflexologi, healing, akupressur, homeopati, diet, självhjälpsgrupp, traditionell kinesisk medicin, hypnos, antroposofisk medicin, shiatsu, aromaterapi, ayurveda och Rosenmetoden) samt möjlighet att ange annan metod. Definitionen av KAM-preparat inkluderade en mängd produkter, växter, vitaminer och mineraler och probiotika.

[13] Definitionen av KAM-preparat inkluderade en mängd produkter, växter, vitaminer och mineraler och probiotika.

behandlingar uppräknade samt möjlighet för patienten att ange fler[14]. 20 procent av studiedeltagarna använde KAM-preparat (*CAM-drugs*) och 32 procent använde andra KAM-metoder. Akupunktur var den vanligaste KAM-metoden (23 procent bland kvinnorna och 12 procent bland männen). Därefter följde andra preparat från hälsokostbutiker, örtmediciner (*herbal medicine*), kostförändringar, zonterapi, ”annat”, homeopati, hårmineralanalys, magnetfältsbehandling, irisdiagnostik och hypnos. De upplevda resultaten av KAM-behandlingarna var huvudsakligen ingen förbättring eller viss förbättring av sjukdomen. Längre utbildning och dålig självupplevd hälsa var förknippade med användning av KAM. Det var ingen skillnad mellan KAM-användare och de som inte använt KAM avseende ålder, kön, samsjuklighet, antal läkemedel eller antal läkarbesök föregående år.

Skovgaard *et al.* 2012 (20)

I en annan studie har förekomsten av KAM-metoder studerats hos personer med multipel skleros (MS) i Sverige och de övriga nordiska länderna. I det svenska urvalet skickades det internetbaserade frågeformuläret i mitten av år 2011 till 1 046 slumpvis utvalda personer som var medlemmar i det svenska MS-förbundet. Svarsfrekvensen var 60 procent. 46 procent av personerna i det svenska urvalet rapporterade att de använt KAM[15] under det senaste året. De vanligast förekommande KAM-metoderna av en rad givna alternativ var vitaminer och mineraler (59 procent), kosttillskott i form av oljor (*supplements of oils*) (31 procent), specialkost (17 procent), yoga (15 procent), akupunktur (12 procent), alternativ massage (11 procent), KAM-preparat (*herbal medicine*) (11 procent) och qigong (10 procent). KAM-metoderna användes främst tillsammans med konventionell sjukvård. De primära orsakerna till KAM-användningen var icke-specifika och preventiva ändamål.

[14] I enkäten fanns tio olika KAM-behandlingar uppräknade (akupunktur andra preparat från hälsokostbutiken, örtmediciner [*herbal medicine*] kostförändringar, zonterapi, homeopati, hårmineralanalys, magnetfältsbehandling, irisdiagnostik och hypnos) samt möjlighet för patienten att ange andra metoder.

[15] En lång rad givna metoder som svarsalternativ angavs. Definitionen av KAM baserades på definitionen som användes av *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) (numera *National Center for Complementary and Integrative Health* [NCCIH]) ”en grupp av diverse medicinska system och hälso- och sjukvårdssystem och produkter som inte allmänt anses vara del av den konventionella medicinen”.

Attityder profession

Mårtensson och Wallin 2006 (21)

Barnmorskors användning av akupunktur och injektion av sterilt vatten har undersökts i en enkätstudie under slutet av år 2004 och början av år 2005. 1 200 enkäter skickades ut varav 960 barnmorskor uppfyllde inklusionskriterierna, som innebar att de skulle arbeta på en förlossningsavdelning och vara utbildad i akupunktur. 565 barnmorskor svarade, vilket gav en svarsfrekvens på 59 procent. Svarsfrekvensen varierade mellan olika sjukhus (18–100 procent), men alla sjukhus var representerade. Frågeformuläret bestod av 34 frågor med givna svarsalternativ och det fanns också möjlighet för kommentarer. Medelåldern bland de svarande var 47 år, den genomsnittliga tiden av erfarenhet som barnmorska var knappt 18 år och den genomsnittliga tiden med erfarenhet av akupunktur var drygt 7 år. Knappt hälften av studiedeltagarna uppgav att de utbildat sig inom akupunktur via sin arbetsgivare, nästan lika många hade utbildat sig hos en privat aktör, 6 procent vid universitet och enstaka personer hade utbildat sig i Kina eller hade annan utbildning. Enligt barnmorskornas egna uppskattningar använde de akupunktur väsentligt mer än injektion av sterilt vatten, 25 procent (medianvärde) av kvinnorna som barnmorskorna tog hand om uppskattades få akupunktur och 2 procent (medianvärde) uppskattades få injektion med sterilt vatten. Akupunktur användes både för avslappning och för smärtlindring, medan injektion av sterilt vatten huvudsakligen användes för smärtlindring. De två viktigaste avgörande faktorerna för information och rekommendation av akupunktur och injektion av sterilt vatten till den födande var den födande kvinnans önskan om sådan smärtlindring och barnmorskans kliniska erfarenhet av metoderna. Viktigt att notera är att denna studie endast inkluderar barnmorskor med utbildning i akupunktur varför resultaten inte representativa för hela gruppen barnmorskor.

Bjerså *et al.* 2012 (22)

Kunskapen om KAM hos sjukvårdspersonal inom kirurgin har undersökts i en enkätstudie. Enkäten skickades ut under mars 2010 till april 2011 till 1 776 anställda på 59 av 71 kirurgiska avdelningar

på universitetssjukhusen. Svarsfrekvensen var 42 procent. Bland de svarande fanns totalt sett en större andel kvinnor (78 procent) och de flesta var sjuksköterskor (70 procent). Övriga svarande var läkare (21 procent) och sjukgymnaster (8 procent). Av en lista på 21 olika behandlingar klassades massage, manuella terapier (kiropraktik, naprapati och osteopati), yoga och akupunktur i hög omfattning som komplementära metoder[16] (> 40 procent). De behandlingar som mest frekvent klassades som alternativa terapier[17] (> 60 procent) var KAM-preparat (*herbal medicine*), kosttillskott, homeopati och healing. Andelen metoder som klassades som integrativa metoder[18] var låg med endast akupunktur och psykoterapi med en frekvens på över 25 procent. De vanligaste terapierna som deltagarna skulle rekommendera till patienter förutom konventionella terapier var massage och akupunktur eller akupressur. Detta gällde främst fysioterapeuterna. I stort sett alla deltagarna (96 procent) bedömde sin egen kunskap om KAM som liten eller ingen alls. Däremot bedömde majoriteten av studiedeltagarna (81 procent) det som viktigt att ha kunskap om KAM och 69 procent önskade mer kunskap inom KAM. Utbildning inom någon KAM-terapi rapporterades av 9 procent av deltagarna, främst av sjukgymnasterna. De flesta av studiedeltagarna kände inte, eller endast i liten omfattning, till forskning inom KAM-området. 61 procent ansåg att mer forskningsmedel skulle reserveras för forskning inom KAM och 28 procent skulle överväga att delta i ett sådant projekt. Enligt studiedeltagarna var det sällan som deras patienter tog upp frågor avseende KAM och väldigt sällan som de diskuterade frågor relaterade till KAM med sina patienter.

[16] Komplementära metoder definierades som behandlingar som ges parallellt med konventionell vård, men utan dialog mellan vårdgivarna.
[17] Alternativa metoder definierades som behandlingar som ges i stället för konventionell vård.
[18] Integrativ metod definierades som behandlingar som ges i samverkan och dialog mellan konventionell vård och komplementär och alternativ medicin.

Jong *et al.* 2015 (23)

En annan studie undersökte sjuksköterskors uppfattning och praktiserande av KAM[19]. Studien som var en webbaserad enkätstudie skickades till 1 200 slumpvis utvalda medlemmar i Vårdförbundet under år 2012. 335 svarade på enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 28 procent. Medelåldern bland de svarande var 46 år och majoriteten av de svarande var kvinnor (84 procent). På frågan om deltagarnas personliga användning av KAM svarade 83 procent att de hade använt minst en KAM-metod under de senaste två åren och 37 procent hade använt minst två metoder. Av en lista med tolv olika metoder[20] och en kategori ”övriga metoder” var massage den mest använda metoden (60 procent) följt av kosttillskott, probiotika och KAM-preparat (*herbal remedies*) (51 procent) och mind-body-terapier (25 procent). Samma metoder var de vanligast förekommande bland de 11 procent av deltagarna som angav att de utövade någon KAM-metod på andra. Vanligast gjordes detta bland familj och vänner, men ett fåtal utövade KAM-metoder även på privat företag eller inom den offentliga sjukvården. Bristande kunskap och erfarenhet samt bristande vetenskapligt stöd var de vanligaste angivna skälen till att inte implementera KAM i den egna organisationen. Bland fritextsvaren lyftes även en osäkerhet kring vad som är tillåtet att utföra inom det legitimerade yrket. En hög andel av deltagarna (70 procent) angav att de sällan eller aldrig frågar patienterna om KAM-användning. De vanligaste förklaringarna var avsaknad av kunskap, att de inte fann det relevant, att det inte var deras ansvar eller att de inte hade tid. Trots detta var det 59 procent av de tillfrågade som ansåg att sjukvårdspersonal ska informera om KAM när patienten efterfrågar det. Massage, akupunktur, mind-body-terapier, kiropraktik, kreativa terapier och naprapati ansågs av fler än 40 procent av deltagarna vara metoder som kan ses som komplementära till konventionell sjukvård.

[19] Definitionen av KAM baserades på definitionen som användes av *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) (numera *National Center for Complementary and Integrative Health* [NCCIH]) ”en grupp av diverse medicinska system och hälso- och sjukvårdssystem och produkter som inte allmänt anses vara del av den konventionella medicinen”.

[20] De angivna metoderna var massage, kosttillskott/probiotika/terapeutiska preparat från naturen, akupunktur, kiropraktik, naprapati, spirituella behandlingar/terapier, antroposofisk medicin, traditionell kinesisk medicin, kreativa terapier, homeopati och ayurveda.

Novus-undersökning 2018 (24)

Novus har på uppdrag av Priority Group genomfört en undersökning om komplementär vård riktad till läkare och annan vårdpersonal inom Stockholms län. I studien gavs följande definition till komplementär vård: ”Med komplementär hälso- och sjukvård avses behandlingar som används samtidigt med, som ett komplement till, den skolmedicinska behandlingen. Behandlingen sker under läkaransvar och metoderna ska vara beprövade och patientsäkra. Det skall ej blandas samman med alternativ medicin, som avser behandlingar som används utanför sjukvården.”. De läkare som ingick i studien var allmänläkare som kom från ett urval från läkarregistret respektive företagsregistret. Totalt var det 75 läkare som intervjuades per telefon. Bland de läkare som man fick kontakt med var svarsfrekvensen 52 procent. Undersökningen med övrig vårdpersonal omfattade i huvudsak sjuksköterskor och undersköterskor. Denna undersökning genomfördes som webbintervju. Totalt genomfördes 104 intervjuer i Novus slumpmässigt rekryterade Sverigepanel. Deltagarfrekvensen uppgick till 54 procent.

Bland läkarna svarade 47 procent att de är mycket positiva eller ganska positiva till komplementär vård, 24 procent svarade varken eller, medan 26 procent svarade att de var ganska negativa eller mycket negativa. Motsvarande siffror för övrig vårdpersonal var 41 procent, 31 procent respektive 12 procent. På frågan om att kunna erbjuda patienter komplementär vård svarade 39 procent av läkarna att de var mycket intresserade eller ganska intresserade av att kunna erbjuda patienter komplementär vård, medan 56 procent var ganska ointresserade eller helt ointresserade. Övriga 5 procent svarade vet ej. Bland övrig vårdpersonal var motsvarande siffror 50 procent, 29 procent respektive 21 procent.

När det gäller patienternas intresse för komplementär vård svarade 39 procent av läkarna att de bedömer att patienternas intresse för komplementär vård är ganska stort eller mycket stort, 24 procent varken stort eller litet och 15 procent mycket litet eller ganska litet. Bland övrig vårdpersonal var motsvarande siffror 33 procent, 28 procent och 13 procent. Vidare var det 41 procent av läkarna som angav att de får frågor av patienter om komplementär vård dagligen eller varje vecka och ytterligare 23 procent varje månad. Bland övrig vårdpersonal var motsvarande siffror 14 procent respektive 20 procent.

Läkarna fick även en fråga om de tror att patienter skulle uppskatta om läkaren hade utbildning i komplementär vård. På denna fråga svarade 20 procent ja absolut, 45 procent ja kanske, 16 procent inte särskilt, 12 procent inte alls och 7 procent vet ej.

Andra studier

Landstingsförbundets utredningar 2001 (25)

Dåvarande Landstingsförbundet utförde i början av 2000-talet två olika utredningarna rörande alternativ- och komplementärmedicin. Den ena tog upp användningen av sådana metoder inom landstingen och den andra rörde rent allmänt forskningen och utvecklingen inom området. År 2001 lät Landstingsförbundet genomföra en kartläggning av den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landstingen i Sverige. Kartläggningen genomfördes av Örebro universitet och resultatet redovisades i rapporten *Den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landstingen.* Ett frågeformulär skickades ut till en kontaktperson inom respektive landsting som vidarebefordras ut till vårdcentraler och avdelningar inom sitt landsting. I kartläggningen ingick 18 landsting, två regioner och en kommun. Komplementära metoder[21] förekom inom samtliga landsting som svarat i undersökningen (16 av 18 landsting). De metoder som mest användes var akupunktur, massage och qigong och därefter följde tai chi och basal kroppskännedom. De komplementära metoderna utövades främst av sjukgymnaster inom landstingen, men även av barnmorskor, läkare, distriktssköterskor, undersköterskor, kuratorer och musikterapeuter. Dessa hade i huvudsak genomgått kortare kurser eller vidareutbildning inom respektive terapi. I rapporten anges att 7 av 16 landsting hade avtal med externt anlitade komplementära terapeuter, bland vilka kiropraktorer och naprapater var vanligast. Många landsting ansåg att det var viktigt att frågan om den komplementära medicinen diskuteras öppet för att

[21] Komplementära metoder definierades så här: ”Med komplementära hälsometoder menas de metoder som i dag traditionellt står utanför hälso- och sjukvårdens ordinarie utbud, t.ex. akupunktur, massage, kiropraktik, naprapati, zonterapi, qigong, tai chi m.fl. Metoderna kan även gå under benämningen alternativ medicin, icke-konventionell medicin eller komplementär medicin. Vi vet att flera landsting använder några av dessa metoder, t.ex. akupunktur och qigong, inom det ordinarie utbudet. Vid denna kartläggning bör dessa ses som komplementära”.

landstingen ska kunna ta ställning till hur de ska förhålla sig till den och kunna samtala med patienterna om metoderna. Behovet av fler vetenskapliga studier, finansiering av forskning, utbildning samt kompetensstöd till forskningsprojekt lyftes också.

Undersökning av massagemarknaden 2011 (26)

Massagemarknaden har undersökts i en marknadsundersökning gjord av Branschrådet Svensk Massage, Kroppsterapeuternas Yrkesförbund och MIND Research AB. Ett riksrepresentativt slumpmässigt urval om 2 500 svenska medborgare i åldern 18–79 år beställdes från Statens personadressregister. Urvalet jämfördes mot SCB:s befolkningsstatistik för att säkerställa kön- och åldersfördelningen. Undersökningen skedde genom telefonintervju under början av år 2011. Av telefonurvalet deltog 53 procent i undersökningen. Totalt genomfördes 1 001 telefonintervjuer.

75 procent av undersökningsdeltagarna svarade att de hade provat på massage någon gång. Andra terapier som deltagarna hade provat på var kiropraktik (37 procent), akupunktur (35 procent), naprapati (28 procent), zonterapi (18 procent), homeopati (11 procent), healing (10 procent), kinesiologi (4 procent), osteopati (3 procent), shiatsu (3 procent) och Rosenmetoden (3 procent).

Under det senaste året hade 43 procent av undersökningsdeltagarna gått på massagebehandling. Motsvarande siffra från en undersökning av Kroppsterapeuternas Yrkesförbund år 2003 var 17 procent. För andra metoder var det 9 procent som behandlats med kiropraktik respektive akupunktur, 7 procent med naprapati, 3 procent med zonterapi och 2 procent med homeopati.

Det var stora skillnader mellan olika län i andelen som svarade att de gått på massage det senaste året. I Jämtland och Stockholm hade över hälften gått på massage det senaste året medan det i Kronoberg och Västerbotten var 19 respektive 25 procent. Bland orsakerna till att besöka en massör var smärta den vanligaste (30 procent) följt av välbefinnande (23 procent) och stelhet (17 procent). Totalt var det över 60 procent av kunderna som tog behandlingar för att få hjälp med någon typ av problem, resterande tog massage som avslappning eller för välbefinnande. 80 procent av undersökningsdeltagarna angav att det var en massör som gav massagen, medan 13 procent angav att

det var legitimerad personal (kiropraktor, sjukgymnast eller naprapat). Lite fler än hälften angav att de gick på massage enstaka eller några gånger per år. Men var femte kund gick regelbundet en gång per månad eller mer. Vanligast var att kunden själv betalade massagen (55 procent). Arbetsgivaren betalade drygt en femtedel av massagebehandlingarna (22 procent).

Referenser

1. Alternativmedicinkommittén. Fakta och röster om alternativ medicin: en delrapport från Alternativmedicinkommittén. Stockholm: Allmänna förlaget; 1987.
2. Messerer M, Johansson SE, Wolk A. Use of dietary supplements and natural remedies increased dramatically during the 1990s. Journal of internal medicine. 2001;250(2):160-6. Epub 2001/08/08.
3. Messerer M, Johansson SE, Wolk A. Sociodemographic and health behaviour factors among dietary supplement and natural remedy users. European journal of clinical nutrition. 2001;55(12):1104-10. Epub 2002/01/10.
4. Wallström P, Elmståhl S, Johansson U, Östergren PO, Hanson BS. Usage and users of natural remedies in a middle-aged population: demographic and psychosocial characteristics. Results from the Malmö Diet and Cancer Study. Pharmacoepidemiology and drug safety. 1996;5(5):303-14. Epub 1996/09/01.
5. Al-Windi A, Elmfeldt D, Svärdsudd K. The relationship between age, gender, well-being and symptoms, and the use of pharmaceuticals, herbal medicines and self-care products in a Swedish municipality. European journal of clinical pharmacology. 2000;56(4):311-7. Epub 2000/08/23.

6. Nilsson M, Trehn G, Asplund K. Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. Multinational Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease. Journal of internal medicine. 2001;250(3):225-33. Epub 2001/09/14.

7. Eklöf M, Tegern G. Stockholmare och den komplementära medicinen: Befolkningsstudie angående inställning till och användning av komplementär medicin. Stockholm: HSN, Stockholms läns landsting 2001.

8. Al-Windi A. Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use. Complementary therapies in medicine. 2004;12(2-3):99-111. Epub 2004/11/25.

9. Al-Windi A. Predictors of herbal medicine use in a Swedish health practice. Pharmacoepidemiology and drug safety. 2004;13(7):489-96. Epub 2004/07/23.

10. Krona H. Komplementär och alternativ medicin: en inventeringsstudie Blekinge forsknings- och utvecklingsenhet; 2005.

11. Statistiska centralbyrån (SCB). Ohälsa och sjukvård 1980–2005. 2006. https://www.scb.se/statistik/_publikationer/le0101_1980i05_br_le113sa0601.pdf (hämtad 2019-01-18).

12. Novus-undersökning med den svenska allmänheten om deras åsikter i frågor gällande sjukvård, naturläkemedel och integrativa behandlingsformer utförd på uppdrag av Vidarkliniken. 2015.

13. Wemrell M, Merlo J, Mulinari S, Hornborg A-C, Enheten for Socialepidemiologi. Medicinska fakulteten LU. Användning av alternativ och komplementär medicin (AKM) i Skåne: Pilotstudie 2016. Rapport 2016:1. http://portal.research.lu.se/portal/files/21231713/AKM_rapport.pdf (hämtad 2019-01-18).

14. Hardell L, Nordenstam M, Moqvist I, Lindberg L. Ny studie av cancerpatienter i Umeå: alternativmedicin inget alternativ. Läkartidningen. 1998;95(18):2092-5. Epub 1998/06/11.

15. Hietala M, Henningson M, Ingvar C, Jönsson PE, Rose C, Jernström H. Natural remedy use in a prospective cohort of breast cancer patients in southern Sweden. Acta Oncol. 2011;50(1):134-43. Epub 2010/05/27.

16. Klingberg E, Wallerstedt SM, Torstenson T, Håwi G, Forsblad-d'Elia H. The use of complementary and alternative medicine in outpatients with inflammatory rheumatic diseases in Sweden. Scandinavian journal of rheumatology. 2009;38(6):472-80. Epub 2009/11/20.

17. Lövgren M, Wilde-Larsson B, Hök J, Levealähti H, Tishelman C. Push or pull? Relationships between lung cancer patients' perceptions of quality of care and use of complementary and alternative medicine. European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society. 2011;15(4):311-7. Epub 2010/11/26.

18. Oxelmark L, Lindberg A, Löfberg R, Sternby B, Eriksson A, Almer S, et al. Use of complementary and alternative medicine in Swedish patients with inflammatory bowel disease: a controlled study. European journal of gastroenterology & hepatology. 2016;28(11):1320-8. Epub 2016/07/30.

19. Lökk J, Nilsson M. Frequency, type and factors associated with the use of complementary and alternative medicine in patients with Parkinson's disease at a neurological outpatient clinic. Parkinsonism & related disorders. 2010;16(8):540-4. Epub 2010/07/27.

20. Skovgaard L, Nicolajsen PH, Pedersen E, Kant M, Fredrikson S, Verhoef M, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine among People with Multiple Sclerosis in the Nordic Countries. Autoimmune diseases. 2012;2012:841085. Epub 2013/01/11.

21. Mårtensson L, Wallin G. Use of acupuncture and sterile water injection for labor pain: a survey in Sweden. Birth. 2006;33(4):289-96. Epub 2006/12/08.

22. Bjerså K, Stener Victorin E, Fagevik Olsén M. Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. BMC complementary and alternative medicine. 2012;12:42. Epub 2012/04/14.

23. Jong M, Lundqvist V, Jong MC. A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, perception and knowledge about complementary and alternative medicine. Scandinavian journal of caring sciences. 2015;29(4):642-50. Epub 2015/01/28.

24. Novus-undersökning – Synen på komplementär vård – läkare och övrig vårdpersonal i Stockholms län utförd på uppdrag av Priority Group. 2018.

25. Landstingsförbundet ÖU. Den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landets landsting. Örebro: Repro, Örebro universitet; 2001.

26. Branschrådet Svensk Massage, Kroppsterapeuternas Yrkesförbund och MIND Research AB. Massage och massörer. 2011.

E. Tabeller över befolkningsstudier och patientstudier (tillhör avsnitt 6.5)

I tabell 5 och tabell 6 nedan redovisas nyckeldata från de studier som ingår i utredningens sammanställning av studier som undersökt omfattningen av användning samt attityder till KAM och KAV bland den svenska befolkningen (tabell 5) och i specifika patientgrupper i Sverige (tabell 6). För utförligare information se sammanställningen av studier – användning av samt attityder till KAM och KAV i bilaga 5 för korta referat av studierna och avsnitt 6.5 för en syntes av sammanställningen.

Tabell 5 Sammanfattning av befolkningsstudier över KAM-användning som ingår i utredningens kartläggning (tillhör avsnitt 6.5)

Referens	År då enkäten besvarades Enkätmetod	Antal svar Svarsfrekvens	Mätvariabel	Tidsram för användning	Omfattning av användning (%)	Påvisad skillnad i användning: • mellan kvinnor och män • mellan åldersgrupper • mellan utbildningsnivåer • beroende på självupplevd hälsa
Alternativmedicin-kommittén 1987[A]	1985 Telefonintervju	20 478 91 %	Alternativ terapeut[1]	Någon gång	22	• Ingen påvisad skillnad mellan kvinnor och män • Vanligare hos personer över 45 år
Messerer *et al.* 2001[B]	1980–81 Besöksintervju	14 642 86 %	1) Vitaminer eller ”annan stärkande medicin”[2] 2) Naturläkemedel	De senaste 2 veckorna	1) 18 2) 4	• Vanligare bland kvinnor
Messerer *et al.* 2001[B]	1988–89	12 391 80 %	Se ovan	Se ovan	1) 19 2) 8	• Vanligare bland kvinnor
Messerer *et al.* 2001[B], Messerer *et al.* 2001b[C]	1996–97	11 561 78 %	Se ovan	Se ovan	1) 28 2) 11	• Vanligare bland kvinnor • 1) Användningen var vanligast i den äldsta åldersgruppen (75–84 år). 2) En ökad användning sågs med åldern hos män, medan hos kvinnor var den högsta användningen i åldern 55–64 år. • Vanligare bland män med längre utbildning • Vanligare för män med låg självupplevd hälsa
Wallström *et al.* 1996[D]	1991–1992 Dagbok (i en vecka)	6 545 Oklar	KAM-preparat[3]	Vid den aktuella tidpunkten (under en vecka)	22	• Vanligare bland kvinnor • Ökande andel användare med åldern hos män • Vanligare bland kvinnor med längre utbildning • Vanligare bland kvinnor med låg självupplevd hälsa
Al-Windi *et al.* 2000[E]	1994 Postenkät	827 63 %	KAM-preparat[4]	Föregående året	32	• Vanligare bland kvinnor • Ingen påvisad skillnad mellan åldersgrupper • Vanligare vid låg självupplevd hälsa
Nilsson *et al.* 2001[F]	1999 Vid provtagning	5 794 72 %	KAM-preparat[5]	De senaste 2 veckorna	31	• Vanligare bland kvinnor • Ingen påvisad skillnad mellan åldersgrupper • Vanligare vid längre utbildning • Vanligare vid låg självupplevd hälsa

Referens	År då enkäten besvarades Enkätmetod	Antal svar Svarsfrekvens	Mätvariabel	Tidsram för användning	Omfattning av användning (%)	Påvisad skillnad i användning: • mellan kvinnor och män • mellan åldersgrupper • mellan utbildningsnivåer • beroende på självupplevd hälsa
Stockholmare och den komplementära medicinen 2001[G]	2000 Telefonintervju	1 001 63 %	Alternativ- eller komplementärmedicinsk behandlare[6]	1) Någon gång 2) Det senaste året	1) 49 2) 20	• Vanligare bland kvinnor • Med undantag för personer under 20 år respektive över 70 år, som hade en lägre användning, var erfarenheten relativt jämnt fördelad över åldrarna. • Vanligare vid längre utbildning
1) Al-Windi 2004[H] 2) Al-Windi 2004b[I]	2002 Vid besök på vårdcentral	1 433 81 %	1) Besök hos alternativ behandlare[7] 2) KAM-preparat[8]	Föregående året	1) 17 2) 22	• Vanligare bland kvinnor. För besök hos alternativ behandlare var skillnaden inte statistiskt signifikant efter justering för störfaktorer (confounders). • Efter justering för störfaktorer förelåg det inga statistiskt signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna. • 1) Ingen påvisad skillnad mellan utbildningsnivåer. 2) Vanligare vid längre utbildning hos kvinnor som använde KAM-preparat • 1) Efter justering för störfaktorer förelåg det inga statistiskt signifikanta skillnader beroende på självupplevd hälsa. 2) Ingen påvisad skillnad beroende på självupplevd hälsa
Komplementär och alternativ medicin en inventeringsstudie, Blekinge FoU-enhet, 2005[J]	2004 Postenkät	1 284 64 %	KAM[9]	1) Någon gång 2) Det senaste året	1) 54 2) 32	• Vanligare bland kvinnor med KAM-preparat • I de yngre åldersgrupperna (18 och 24 år) var andelen som aldrig använt KAM störst. • Vanligare vid låg självupplevd hälsa
SCB, Ohälsa- och sjukvård 1980–2005, 2006[K]	2004–2005 Besöksintervju	9 867 75 %	1) Alternativ behandlare[10] 2) Naturläkemedel[11]	1) Det senaste året 2) De senaste två veckorna	1) 7 2) 17	• Vanligare bland kvinnor med KAM-preparat

Referens	År då enkäten besvarades Enkätmetod	Antal svar Svarsfrekvens	Mätvariabel	Tidsram för användning	Omfattning av användning (%)	Påvisad skillnad i användning: • mellan kvinnor och män • mellan åldersgrupper • mellan utbildningsnivåer • beroende på självupplevd hälsa
Novus-undersökning 2015[L]	2015 Webbaserad	1 020 Anges ej	1) Integrativ behandling[12] 2) Naturläkemedel plus andra komplementära läkemedel som komplement till etablerad hälso- och sjukvård[13]	Någon gång	1) 43 2) 43	• Vanligare bland kvinnor • I den yngsta åldersgruppen (18–29 år) var det färre än genomsnittet som genomgått en integrativ behandling.
Användning av alternativ och komplementär medicin (AKM) i Skåne 2016[M]	2016 Webbaserad	1 534 31 %	Alternativ och komplementär medicin (AKM)[14]	Det senaste året	71	• Vanligare bland kvinnor • Vanligare bland yngre åldersgrupper • Vanligare vid längre utbildning • Ingen påvisad skillnad beroende på självupplevd hälsa

Fotnoter

[1] Frågan löd: Har du någonsin behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av kiropraktor, zonterapeut, akupunktör, homeopat, naturläkare eller liknande – alltså av en alternativ terapeut? Denna fråga följdes upp med angivelse av när behandlingen skett och vilken typ av behandling det gällt. 21 olika metoder kunde anges och dessutom kunde annan behandling anges.

[2] Frågorna löd: Har du under de senaste två veckorna använt ”vitaminer eller annan stärkande medicin” respektive har du under de senaste två veckorna använt naturläkemedel? Begreppen definieras inte mer i frågorna.

[3] KAM-preparat (*natural remedies*) definierades som ett preparat som kan antas inte orsaka skadliga effekter vid normal användning hos människa eller djur och där den aktiva komponenten är en del av en växt eller ett djur, mineral eller naturligt förekommande bakteriell kultur, salt eller lösning av salt. Örtteer inkluderades inte. En person som någon gång under de sju dagarna av registrering använt ett preparat som innehöll någon av en rad angivna substanser ansågs vara användare av KAM-preparat. Bland de angivna substanserna ingick bland annat fiskolja, vitlök, ginseng, aloe vera, proteiner, aminosyror och antioxidanter.

[4] Frågan löd: “*Did you buy any health food remedies e.g. herbal medicines in 1993, either for illness or as a preventive measure*?” Inga fasta svarsalternativ gavs, utan patienten uppmanades att lista preparat som de använt under år 1993.

[5] KAM-preparat (*complementary and alternative medicine [CAM] remedies*) definierades som mineraler, vitaminer och andra substanser som inte förskrivits av läkare (såsom Q10, kisel, vitlök, ginseng, ginkgo biloba, valeriana, echinacea, fiskolja och homeopatiska läkemedel). Inga fasta svarsalternativ gavs, utan patienten uppmanades att lista KAM-preparat som de använt de senaste två veckorna.

[6] Frågan löd: Vilken erfarenhet har du av följande terapier? Följt av följdfrågor såsom någon gång och det senaste året. Terapierna som lästes upp var akupunktur, antroposofisk medicin, healing, homeopati, kinesiologi, kiropraktik, kristallterapi, massage, naprapati, naturläkemedel, Rosenterapi och zonterapi.

[7] I studien definierades KAM som manuella terapier, eller som icke-allopatisk medicin snarare än som okonventionell medicin. I enkäten efterfrågades om den svarande konsulterat någon alternativ behandlare exempelvis inom massage, akupunktur, kiropraktik eller naprapati eller andra terapier under det föregående året.

[8] I enkäten frågades om den svarande hade använt något KAM-preparat (*herbal medicine*) under det föregående året. I det fall de svarade ja ombads de ange antal produkter, produktnamn och anledningen till användandet.

[9] Frågan löd: Har du någon gång använt dig av någon form av komplementär och alternativ terapi? Följt av samma fråga om det senaste året. Det är oklart om svarsalternativ eller någon mer förklaring gavs.

[10] Frågan löd: Har du under de senaste 12 månaderna behandlats för kroppsligt eller psykiskt besvär av (i) naprapat, osteopat (ii) akupunktör, (iii) zonterapeut eller akupressör, (iv) homeopat, naturläkare eller (v) någon annan, nämligen?

[11] Frågan löd: Har du under de senaste två veckorna använt naturläkemedel?

[12] Integrativ behandling definierades som när konventionell vård och skolmedicinska läkemedel kombineras med väl beprövade komplementära medicinska behandlingsmetoder, exempelvis kiropraktik, massage och naturläkemedel. Vidare angavs att integrativ vård ordineras av skolmedicinskt utbildade läkare med vidareutbildning inom dessa områden.

[13] Frågan löd: Har du någon gång använt dig av naturläkemedel eller andra komplementära läkemedel som komplement till konventionell skolmedicin?

[14] Användning av alternativ och komplementär medicin inkluderar här besök hos vårdgivare (exempelvis massör eller akupunktör), intag av naturmedel, örtmedicin eller kosttillskott, samt användning av självhjälpsmetoder som yoga eller avslappning. I siffran inkluderas inte mottagande av komplementär behandling hos konventionell vårdgivare eller på remiss. Det gavs vissa metoder att ta ställning till. Det är oklart om möjlighet till fritextsvar gavs.

Referenser

[A] Alternativmedicinkommittén. Fakta och röster om alternativ medicin: en delrapport från Alternativmedicinkommittén. Stockholm: Allmänna förlaget; 1987.

[B] Messerer M, Johansson SE, Wolk A. Use of dietary supplements and natural remedies increased dramatically during the 1990s. Journal of internal medicine. 2001;250(2):160–6. Epub 2001/08/08.

[C] Messerer M, Johansson SE, Wolk A. Sociodemographic and health behaviour factors among dietary supplement and natural remedy users. European journal of clinical nutrition. 2001;55(12):1104-10. Epub 2002/01/10.

[D] Wallstrom P, Elmstahl S, Johansson U, Ostergren PO, Hanson BS. Usage and users of natural remedies in a middle-aged population: demographic and psychosocial characteristics. Results from the Malmo Diet and Cancer Study. Pharmacoepidemiology and drug safety. 1996;5(5):303-14. Epub 1996/09/01.

[E] Al-Windi A, Elmfeldt D, Svardsudd K. The relationship between age, gender, well-being and symptoms, and the use of pharmaceuticals, herbal medicines and self-care products in a Swedish municipality. European journal of clinical pharmacology. 2000;56(4):311-7. Epub 2000/08/23.

[F] Nilsson M, Trehn G, Asplund K. Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. Multinational Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease. Journal of internal medicine. 2001;250(3):225–33. Epub 2001/09/14.

[G] Eklöf M, Tegern G. Stockholmare och den komplementära medicinen: Befolkningsstudie angående inställning till och användning av komplementär medicin. Stockholm: HSN, Stockholms läns landsting 2001.

[H] Al-Windi A. Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use. Complementary therapies in medicine. 2004;12(2-3):99-111. Epub 2004/11/25.

[I] Al-Windi A. Predictors of herbal medicine use in a Swedish health practice. Pharmacoepidemiology and drug safety. 2004;13(7):489–96. Epub 2004/07/23.

[J] Krona H. Komplementär och alternativ medicin: en inventeringsstudie Blekinge forsknings- och utvecklingsenhet; 2005.

[K] Statistiska centralbyrån (SCB). Ohälsa och sjukvård 1980–2005. 2006. https://www.scb.se/statistik/_publikationer/le0101_1980i05_br_le113sa0601.pdf (hämtad 2019-01-18).

[L] Novus-undersökning med den svenska allmänheten om deras åsikter i frågor gällande sjukvård, naturläkemedel och integrativa behandlingsformer utförd på uppdrag av Vidarkliniken. 2015.

[M] Wemrell M, Merlo J, Mulinari S, Hornborg A-C, Enheten for Socialepidemiologi. Medicinska fakulteten LU. Användning av alternativ och komplementär medicin (AKM) i Skåne: Pilotstudie 2016. Rapport 2016:1. http://portal.research.lu.se/portal/files/21231713/AKM_rapport.pdf (hämtad 2019-01-18).

Tabell 6 Sammanfattning av patientstudier över KAM-användning som ingår i utredningens kartläggning (tillhör avsnitt 6.5)

Referens	Patientgrupp	År då enkäten besvarades Enkätmetod	Antal svar Svarsfrekvens	Mätvariabel	Tidsram för användning	Omfattning av användning (%)	Påvisad skillnad i användning: • mellan kvinnor och män • mellan åldersgrupper • mellan utbildningsnivåer • beroende på självupplevd hälsa
Hardell *et al.* 1998[A]	1) Cancer 2) Kontroller	1) 1987–1996[1] 2) 1987 Postenkät	1) 854[2] 2) 144 1) 85–91 %[3] 2) 78 %	Alternativmedicinsk behandling[4]	Ej specificerat	1) 14,4–16,8[5] 2) 19,4	
Hietala *et al.* 2011[B]	Bröstcancer	2002–2008 På kliniken	855 50 % (58 % av patienterna i Lund och 34 % av patienterna i Helsingborg)	KAM-preparat[6]	1) Vid tillfället preoperativt 2) Vid tillfället postoperativt	1) 34 2) 58	• Ingen påvisad skillnad mellan åldersgrupper
Klingberg *et al.* 2009[C]	Reumatiska sjukdomar	2007 På kliniken	200 61 %	KAM[7]	1) Vid tillfället 2) Någon gång	1) 29 2) 65	• Vanligare bland kvinnor med KAM-preparat, men ingen påvisad skillnad mellan andra KAM-metoder • Erfarenheten av KAM någon gång under livet var vanligare hos de något yngre (medelålder 52 år jämfört med medelålder 58 år i studien) • Användning av KAM var associerat med parametrar som indikerar sämre hälsa
Lövgren *et al.* 2011[D]	Lungcancer	2007 Postenkät	94 27 %	KAM[8]	Vid tillfället	53	• Ingen påvisad skillnad mellan kvinnor och män • Ingen påvisad skillnad mellan åldersgrupper • Ingen påvisad skillnad mellan utbildningsnivåer
Oxelmark *et al.* 2016[E]	1) Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) 2) Kontroller	1) 2008–2009 2) 2009 1) På kliniken 2) Postenkät	1) 648 2) 440 Totalt 49 % 1) 76 % 2) 32 %	KAM[9]	Senaste året	1) 48 2) 54	

Referens	Patientgrupp	År då enkäten besvarades Enkätmetod	Antal svar Svarsfrekvens	Mätvariabel	Tidsram för användning	Omfattning av användning (%)	Påvisad skillnad i användning: • mellan kvinnor och män • mellan åldersgrupper • mellan utbildningsnivåer • beroende på självupplevd hälsa
Lökk och Nilsson 2010[F]	Parkinsons sjukdom	Anges inte Postenkät	325 81 %	KAM[10]	Vid tillfället	34	• Ingen påvisad skillnad mellan kvinnor och män • Ingen påvisad skillnad mellan åldersgrupper • Vanligare vid längre utbildning • Vanligare vid låg självupplevd hälsa
Skovgaard *et al.* 2012[G]	Multipel skleros (MS)	2011 Webbaserad	628 60 %	KAM[11]	Senaste året	46	

Fotnoter

[1] Enkät till patienter år 1987, år 1990 och år 1996. Enkät till kontroller endast år 1987.

[2] Antal deltagande patienter: 315 patienter år 1987, 181 patienter år 1990 och 358 patienter år 1996. Antal kontroller: 144.

[3] Svarsfrekvens för patienter: 85 procent år 1987, 91 procent år 1990 och 90 procent år 1996. Svarsfrekvens för kontroller: 78 procent.

[4] Definition av alternativmedicinsk behandling och frågan framgår inte.

[5] Omfattning av KAM-användning hos patienter: 16,8 procent år 1987, 14,4 procent år 1990 och 16,4 procent år 1996. Omfattning av KAM-användning hos kontroller: 19,4 procent.

[6] Det ställdes en öppen fråga om samtidig behandling. I studien anges att det var biologiskt baserade KAM-preparat (*natural remedies*) som inkluderades (växtbaserade produkter, preparat vars beståndsdelar utgörs av en djurdel, vitaminer, mineraler, fettsyror, aminosyror, proteiner, probiotika, prebiotika, dieter och *functional food*).

[7] KAM definierades så här: *"CAM is treatment used as a complement or an alternative to conventional medicine. CAM drugs were defined as substances taken orally or used topically and with a natural origin (herbs, bacterial cultures, part of an animal, minerals, vitamins, or salts) and corresponding to the NIH definition of Biologically Based Practices. CAM methods included the following groups of practices defined by the NIH: Whole Medical Systems (homeopathy, traditional Chinese medicine), Mind-Body Medicine (meditation, mental healing), Manipulative and Body-Based Practices (chiropractic or osteopathic manipulation, massage) and Energy Medicine (Qui gong, use of magnetic fields)".* NIH är en förkortning för *National Institutes of Health*. Patienterna försågs med en lista med metoder för att bättre förstå begreppet KAM.

[8] Användning av tolv metoder efterfrågades (naturläkemedel och naturmedel, vitaminer och mineraler, healing, qigong, massage, akupunktur, naprapati, kiropraktik, antroposofisk medicin, homeopati, meditation och bön). Även andra metoder kunde anges.

[9] 24 svarsalternativ gavs (massage, KAM-preparat, avslappning, yoga, akupunktur, naprapati, rådgivning, kiropraktik, meditation, religion, qigong, reflexologi, healing, akupressur, homeopati, diet, självhjälpsgrupp, traditionell kinesisk medicin, hypnos, antroposofisk medicin, shiatsu, aromaterapi, ayurveda och Rosenmetoden) samt möjlighet att ange annan metod. Definitionen av KAM-preparat inkluderade en mängd produkter, växter, vitaminer och mineraler och probiotika.

[10] I enkäten fanns tio olika KAM-behandlingar uppräknade (akupunktur, andra preparat från hälsokostbutiken, örtmediciner [*herbal medicine*] kostförändringar, zonterapi, homeopati, hårmineralanalys, magnetfältsbehandling, irisdiagnostik och hypnos) samt möjlighet för patienten att ange andra metoder.

[11] En lång rad givna metoder som svarsalternativ angavs. Definitionen av KAM baserades på definitionen som användes av *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) (numera *National Center for Complementary and Integrative Health* [NCCIH]) "en grupp av diverse medicinska system och hälso- och sjukvårdssystem och produkter som inte allmänt anses vara del av den konventionella medicinen".

Referenser

[A] Hardell L., Nordenstam M., Moqvist I., Lindberg L. Ny studie av cancerpatienter i Umeå: alternativmedicin inget alternativ. Läkartidningen. 1998;95(18):2092–5. Epub 1998/06/11.

[B] Hietala M, Henningson M, Ingvar C, Jonsson PE, Rose C, Jernstrom H. Natural remedy use in a prospective cohort of breast cancer patients in southern Sweden. Acta Oncol. 2011;50(1):134-43. Epub 2010/05/27.

[C] Klingberg E, Wallerstedt SM, Torstenson T, Hawi G, Forsblad-d'Elia H. The use of complementary and alternative medicine in outpatients with inflammatory rheumatic diseases in Sweden. Scandinavian journal of rheumatology. 2009;38(6):472-80. Epub 2009/11/20.

[D] Lovgren M, Wilde-Larsson B, Hok J, Levealahti H, Tishelman C. Push or pull? Relationships between lung cancer patients' perceptions of quality of care and use of complementary and alternative medicine. European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society. 2011;15(4):311-7. Epub 2010/11/26.

[E] Oxelmark L, Lindberg A, Lofberg R, Sternby B, Eriksson A, Almer S, et al. Use of complementary and alternative medicine in Swedish patients with inflammatory bowel disease: a controlled study. European journal of gastroenterology & hepatology. 2016;28(11):1320-8. Epub 2016/07/30.

[F] Lokk J, Nilsson M. Frequency, type and factors associated with the use of complementary and alternative medicine in patients with Parkinson's disease at a neurological outpatient clinic. Parkinsonism & related disorders. 2010;16(8):540-4. Epub 2010/07/27.

[G] Skovgaard L, Nicolajsen PH, Pedersen E, Kant M, Fredrikson S, Verhoef M, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine among People with Multiple Sclerosis in the Nordic Countries. Autoimmune diseases. 2012;2012:841085. Epub 2013/01/11.

Bibliometrisk kartläggning av komplementär och alternativmedicinsk forskning

Jenny-Ann Brodin Danell, docent i sociologi
Rickard Danell, professor i biblioteks och informationsvetenskap
Sociologiska institutionen
Umeå Universitet

Inledning

Ett flertal studier, både svenska och internationella, visar att förhållandevis stora grupper använder behandlingar som helt eller delvis befinner sig utanför den etablerade hälso- och sjukvården och att denna användning har ökat under de senaste årtiondena (Clarke, Black, Stussman, Barnes, & Nahin, 2015; Fischer et al., 2014; Hanssen et al., 2005; Kemppainen, Kemppainen, Reippainen, Salmenniemi, & Vuolanto, 2017; Wemrell, Merlo, Mulinari, & Hornborg, 2016). Dessa typer av behandlingar går ofta under samlingsnamnet komplementär och alternativ medicin (KAM). Som begreppet indikerar finns det ett förväntat motsatsförhållande mellan KAM och etablerad vetenskap och medicin. Behandlingarna antas helt eller delvis sakna vetenskapligt stöd. KAM är dock, som vi kommer att diskutera närmare nedan, ett brett begrepp och statusen för specifika behandlingar varierar väsentligt mellan olika sammanhang och över tid.

I takt med ökad användning av KAM har frågor gällande det vetenskapliga stödet blivit allt vanligare, ofta med fokus på effektivitet och patientsäkerhet (J. L. Wardle & Adams, 2014; White et al., 2014). Bibliometriska studier visar att KAM är en förhållandevis liten men växande forskningsaktivitet. Tillväxten har framförallt skett från slutet av 1990-talet och framåt (Danell & Danell, 2009; Fu, Zhang, Zhao, Huang, & Chen, 2011) och inom områden som akupunktur, medicinalväxter och anti-inflammatoriska processer (Moral-Munoz, Cobo, Peis, Arroyo-Morales, & Herrera-Viedma, 2014). Även muskuloskeletala manipulationer, som kiropraktik, osteopati och beröringsterapier, är ett betydande område. KAM-studier publiceras både i generella och specialiserade medicinska tidskrifter och det finns stöd för att forskningen har blivit mer kliniskt orienterad över tid (Danell & Danell, 2009). Som en del av framväxten har det etablerats olika typer av vetenskapliga forum med fokus på KAM, som vetenskapliga tidskrifter, återkommande världskongresser/konferenser, intresseorganisationer som stödjer forskning och forskningscentrum. Exempelvis visade WHO i en kartläggning från 2013 att det finns mer än 70 specialiserade forskningscentrum bland medlemsländerna (*WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*). Det har också gjorts ett antal uppmärksammade satsningar på området, som U.S. National Institute of Healths instiftande av *Office of Alternative medicine* år 1991, som sedermera omvandlades till *National Center for Complementary and Alternative Medicine* år 1998, som i sin tur blev det nuvarande *National Center for Complementary and Integrative Health* år 2014.[1] En annan uppmärksammad satsning är det EU-finansierade ramprogrammet CAMbrella, som syftade till att utvärdera förutsättningarna för användning av KAM i Europa och att utveckla en plan för europeisk KAM-forskning. Ytterligare mål var att etablera forskningsnätverk och gemensamma definitioner av centrala begrepp (Weidenhammer et al., 2011).

[1] https://nccih.nih.gov/about/nccih-timeline

Att etableras som forskningsaktivitet – och att erhålla vetenskaplig legitimitet – är dock vare sig enkelt eller utan konflikter. Ett argument, som fått stor spridning genom en editorial i tidskriften *JAMA*, är att det per definition inte finns någon alternativ medicin. Det som finns är vetenskapligt bevisad medicin som bygger på solida datamaterial och vetenskapligt obevisad medicin som saknar sådant stöd (Fontanarosa & Lundberg, 1998). En återkommande kritik är att KAM-forskning generellt håller låg kvalitet, beträffande metoder och design, genom att inte leva upp till de 'golden standards' som finns etablerade inom medicinsk forskning (Singh & Ernst, 2008). Många som utövar och förespråkar KAM argumenterar dock för att etablerade vetenskapliga undersökningsdesigner, som exempelvis bygger på standardiserade behandlingar, inte gör KAM rättvisa då de bygger på väsentligt skilda antaganden för hur såväl diagnos som behandling bör gå till (Mason, Tovey, & Long, 2002). Utifrån detta argument ses det som önskvärt att erkänna fler metoder och undersökningsdesigner, som exempelvis fångar patienternas upplevelser av behandlingarna och betydelsen av interaktion mellan utövare och patient (Jonas, 2001; M. J. Verhoef, Casebeer, & Hilsden, 2004; M. J. Verhoef et al., 2005). Ytterligare ett problem som har lyfts fram är att det är svårt att bedriva forskning av hög kvalitet om man befinner sig utanför det medicinska eller vetenskapliga etablissemanget, vilket i realiteten många KAM-utövare gör, då forskning kräver tillgång till resurser som mätutrustning, laboratorier, databaser och patienter för kontrollgrupper.

I den här rapporten kartlägger och analyserar vi utveckling och innehåll av KAM-forskning, ur ett globalt och ett svenskt perspektiv. Detta sker med hjälp av bibliometriska metoder, baserat på datamaterial från Medline och Web of Science. I den första delen av rapporten redovisas det globala publiceringsmönstret, från 1966 fram till 2016, baserat på Medline. Vi analyserar forskningens innehåll utifrån hur publikationerna är indexerade samt utifrån de nyckelord som författarna använder i sina publikationer. I den andra delen av rapporten gör vi en fördjupad analys av svensk KAM-forskning. Här identifieras de publikationer som har minst en författare med svensk adress/organisation, under tidsperioden 2005-2017, baserat på Web of Science. Utöver att undersöka samma aspekter som ovan så kartlägger vi de tidskrifter där publikationerna återfinns, de mest citerade publikationerna, författarnas organisatoriska tillhörighet, de mest frekventa författarna, forskningsnätverk i termer av samförfattarskap samt finansiering av publikationerna.

Komplementär och alternativ medicin – begrepp och gränser

Komplementär och alternativ medicin (KAM) används ofta som ett samlingsbegrepp för kunskaper, färdigheter och praktiker som används för att behålla och förbättra hälsa samt för att för att diagnostisera, bota och förebygga fysisk och psykisk sjukdom (Falkenberg et al., 2012). Som indikerats ovan är befinner sig dessa behandlingar vanligtvis utanför den etablerade hälso- och sjukvården, även om det finns betydande skillnader mellan olika länder, både vad det gäller etablering och juridisk status (Wiesener et al., 2012).

Ibland ges begreppen alternativ och komplementär medicin mer specifik betydelse.[2] Alternativ medicin används då ofta för att definiera behandlingar som används istället för etablerad medicin och som bygger på antaganden som inte är vetenskapligt erkända. Komplementär medicin syftar på behandlingar som används tillsammans med etablerad hälso- och sjukvård. Dessa har vanligtvis uppnått högre grad av vetenskapligt erkännande (exempelvis genom mätbara positiva effekter) än alternativ medicin. Ett tredje begrepp, som har blivit allt mer populärt under 2000-talet, är integrativ medicin. Detta används för

[2] Se t ex https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#cvsa

komplementär medicin som är integrerad i etablerad hälso- och sjukvård. Begreppet syftar på behandlingar som har uppnått förhållandevis hög grad av vetenskapligt erkännande, även om det fortfarande görs åtskillnad mellan dessa och övrig etablerad medicin. Ytterligare ett par relaterade begrepp är traditionell medicin och folkmedicin, som syftar på behandlingar som har utvecklat i specifika kulturella sammanhang innan modern västerländsk medicin (*WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*). I vissa fall, som traditionell kinesisk medicin, är dessa integrerade i offentlig hälso- och sjukvård i sitt ursprungliga kulturella sammanhang men har status som alternativ- eller komplementär medicin utanför detta. Denna typ av variation gäller även för KAM generellt. Olika behandlingar kan ha uppnått olika grad av erkännande i olika sammanhang. Likaså är detta någonting som kan, och har, förändrats över tid. Exempelvis finns det behandlingar, som psykoterapi, som har gått från att betraktas som alternativa till att nå erkännande och integration (J. Wardle, 2017).

I denna kartläggning använder vi KAM som ett brett samlingsbegrepp utan att gå in på detaljerade bedömningar av enskilda behandlingar. Hur begreppet har operationaliserats diskuteras nedan.

Material och metod

För att kartlägga global och svensk KAM-forskning har vi använt två bibliografiska databaser, Medline (i Pubmeds gränssnitt) och Web of Science, då dessa ger tillgång till olika typer av information om publikationerna. Medline är en av världens största databaser för livsvetenskaper och biomedicinsk forskning och drivs av U.S. National Library of Medicine. En av Medlines främsta fördelar, utöver dess goda täckning av medicinsk forskning, är att dokumenten är indexerade med hjälp av Medical Subject Headings (MeSH), vilket möjliggör standardiserade sökningar utifrån innehåll. Då informationen om författarnas adress/organisatoriska tillhörighet är bristfällig i Medline har vi använt oss av Web of Science för att identifiera det svenska materialet. Denna databas innehåller också annan typ av information om publikationerna, vilket möjliggör en mer detaljerad analys av exempelvis citeringar och tidskrifter.

För att identifiera KAM-forskning har vi använt MeSH-termen *Complementary therapies*[3], inklusive alla sub-termer, i Medlines sökverktyg. Detta är ett förhållandevis konservativt mått på KAM, då det saknar en del behandlingar och preparat som förknippas med området. Exempelvis innehåller Cochranes[4] definition av komplementär medicin avsevärt fler terapier och specifika preparat. En skillnad är att MeSH-termen i första hand är inriktad på terapier och inte på enskilda preparat (om de inte har en koppling till terapeutisk effekt). I många fall täcks dock både preparat och saknade terapier in av MeSH-termen tack vare multipel klassifikation av dokument. För att öka träffsäkerheten har vi ytterligare avgränsat sökningarna till de dokument som har *Complementary therapies* som MeSH major topic samt till Journal articles, under tidsperioden 1966-2016. Detta har resulterat i ett dataset bestående av 105 136 publikationer, utsökt i november 2018.

För att identifiera svensk KAM-forskning har vi matchat det ursprungliga datasetet från Medline med Web of Science, med hjälp av PubmedID, för tidsperioden 2005-2017. Detta har resulterat i ett dataset bestående av 622 publikationer med minst en författare som har svensk adress/organisation. Den kortare tidsperioden motiveras i första hand med att KAM är ett en liten forskningsaktivitet i Sverige och att datamaterialet innan 2000-talet är begränsat. Då

[3] https://mesh.kib.ki.se/term/D000529/complementary-therapies
[4] http://cam.cochrane.org/operational-definition-complementary-medicine

Web of Science har sämre täckning av medicinsk forskning än Medline, beträffande vilka tidskrifter som är inkluderade, innebär matchningen ett bortfall av publikationer (c:a 30 procent).

För att identifiera och analysera forskningsnätverk inom svensk KAM-forskning har vi utgått från samförfattarskap av publikationer. Den bibliografiska informationen om dokumenten har exporterats från Web of Science som textfiler. Utifrån dessa textfiler har samförfattarskap beräknats och visualiserats med hjälp av programmet programmet VOSviewer (Van Eck & Waltman, 2007, 2011). Gränsen för att inkluderas i visualiseringarna har satts till att författarna förekommer minst fyra gånger i materialet. Denna gräns är vald utifrån informationsvärdet i nätverken. Om gränsen justeras nedåt, till att omfatta alla som har minst tre publikationer, tillkommer ytterligare två mindre kluster. Om gränsen höjs till minst sex publikationer återstår endast 12 författare, som bildar fem små kluster, med få länkar mellan författarna. Det övergripande mönstret, oavsett gräns, är dock detsamma. I visualiseringarna har vi valt att endast ta med de kluster av författare som har länkar till andra kluster, då detta är en indikator på att publikationerna ingår i ett gemensamt forskningssammanhang (exempelvis utifrån de terapier eller sjukdomar/hälsobesvär som undersöks). Det finns med andra ord fler kluster i materialet, men dessa har svaga länkar, i termer av samförfattarskap, till andra delar av materialet. Detta förklarar också varför ett par av de mest frekventa författarna saknas i visualiseringarna. I presentationen av forskningsnätverken har vi manuellt lagt till information om författarnas organisationer och publikationernas innehåll (baserat på titlar). Avsikten med detta är att ge en fördjupad bild av forskningens innehåll och var forskningen bedrivs. Det är dock viktigt att hålla i åtanke att flertalet av de namngivna forskarna är verksamma inom flera medicinska områden och har en stor variation i sina publikationer samt att visualiseringarna och tillhörande beskrivningar endast bygger på det utsökta materialet. Även när det gäller den organisatoriska tillhörigheten av författarna bör den betraktas med viss försiktighet, då materialet sträcker sig över 13 år och forskarna i fråga kan ha bytt organisation flera gånger.

För att analysera innehållet i publikationerna har vi använt information om hur publikationerna är klassificerade utifrån sub-termer i MeSH, klassifikationer som finns tillgängliga i Web of Science samt de nyckelord som författarna har använt i publikationerna. Nyckelorden har vi analyserat utifrån hur de samförekommer i materialet, med hjälp av ovan nämnda program VOSviewer. Närmare detaljer för detta redogörs i anslutning till respektive visualisering.

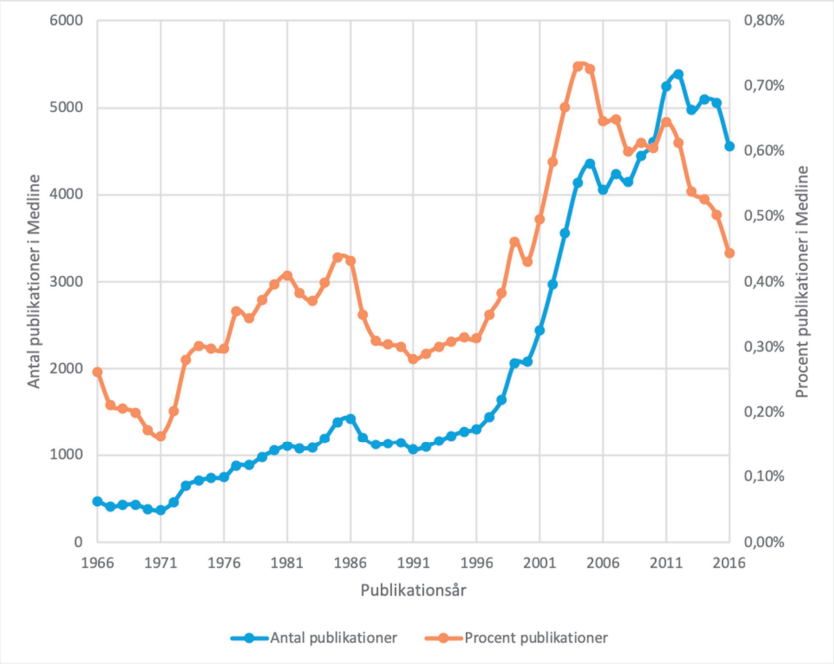
Del 1. Global KAM-forskning

Publiceringsmönster global KAM-forskning

I figur 1 redovisas utvecklingan av tidskriftsartiklar klassificerade som *Complementary therapies*, under tidsperioden 1966-2016. Utifrån den blå grafen, som läses mot den vänstra axeln i diagrammet, går det att utläsa att den årliga publiceringstakten i början av tidsperioden är c:a 5oo artiklar per år. Under 1970-talet är den genomsnittliga tillväxttakten närmare 10 procent, men utgår från små bastal, för att sedan sjunka under 1980-talet till 1,86 procent. Den mest markanta tillväxten sker från slutet av 1990-talet och fram till c:a 2005. Under 1990-talet är den genomsnittliga tillväxten 6,45 procent, för att sedan öka ytterligare till 8,35 procent under 00-talet. Efter detta minskar den till 0,63 procent under 2010-talet. Då databasen växer

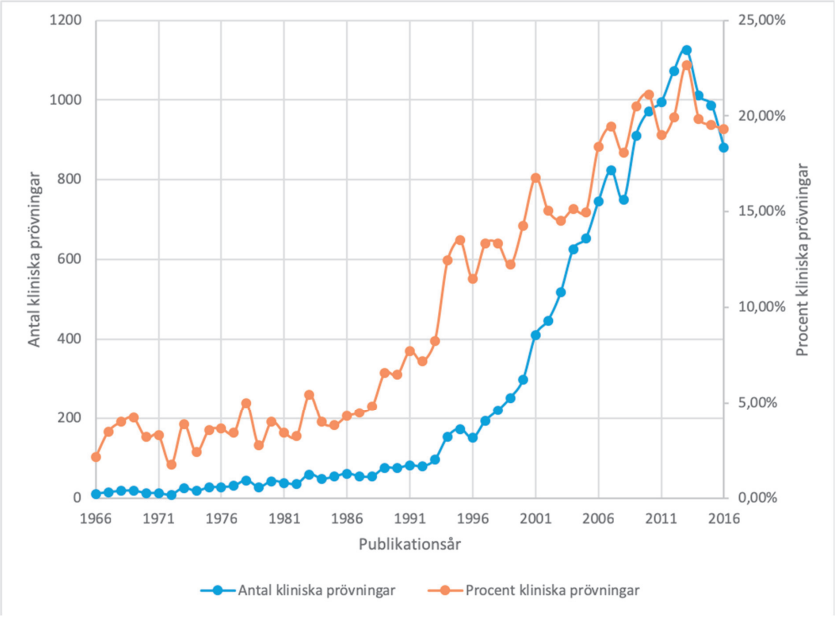
under denna period, både genom att redan etablerade tidskrifter inkluderas och genom att nya etableras, är det värt att jämföra antalet publikationer med andelen av databasen. Utifrån den orangea grafen, som läses mot den högra axeln, är det möjligt att utläsa att dessa publikationer utgör en liten andel av Medline men att den växer över tid. I början av tidsperioden utgör KAM-forskningen mindre än 0,1 procent av databasen. Under de senaste tio åren utgör den mellan 0,5 och 0,6 procent.

Figur 1. Publikationer klassificerade som Complementary therapies i Medline, 1966-2016



I figur 2 redovisas antalet och andelen kliniska prövningar i materialet. Under början av tidsperioden, fram till slutet av 1980-talet utgör de kliniska prövningarna mindre än 5 procent av publikationerna. Andelen har sedan växt kontinuerligt för att under de senaste tio åren utgöra c:a 20 procent.

Figur 2. Publikationer klassificerade som Complementary therapies och kliniska prövningar i Medline, 1966-2016

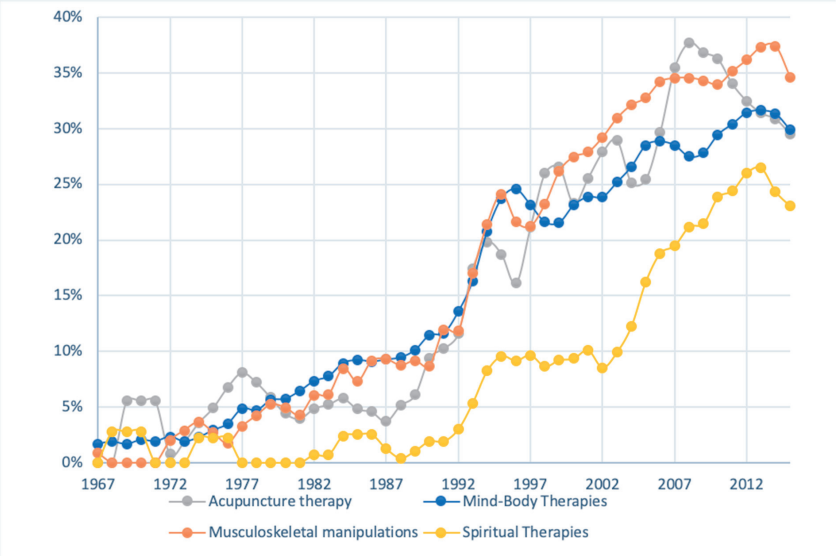


Innehåll i publikationerna

Samtliga dokument i materialet är, som framgår av urvalet, indexerade med hjälp av MeSH-termen *Complementary therpapies*. Varje dokument kan ha ett flertal MeSH-termer, som exempelvis indikerar terapier, preparat, sjukdomar/hälsoproblem, undersökningspopulation och undersökningsdesign. Det finns ingen begränsning i antalet termer. I figur 3 presenterar vi de fyra mest förekommande sub-termerna, till Complementary therapies, och hur de har utvecklats från 1966 och framåt. De inledande åren bör tolkas med viss försiktighet, då det saknas värden för ett par av termerna under flera år i rad. Likaså är det bra att hålla i minnet att ett enskilt dokument, exempelvis en användarstudie, kan vara klassificerat med hjälp av flera av sub-termerna.

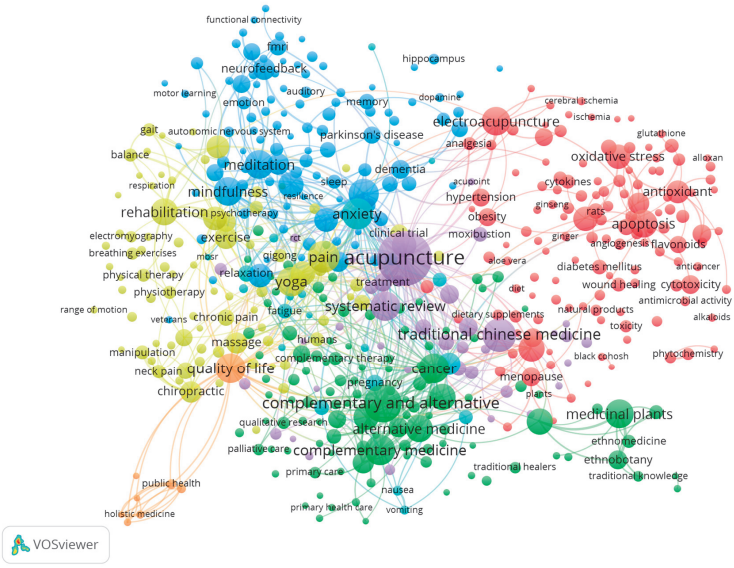
De vanligaste sub-termerna är *Muscoskeletal manipulations*, *Acupuncture therapy*, *Mind body therapies* och *Spiritual therapies*. I Muscoskeletal manipulations ingår bland annat kiropraktik, osteopati, ortopedisk manipulation, tillämpad kinesiologi och beröringsterapier. Acupuncture therapy omfattar både generell akupunktur och mer specialiserade terapier som elektroakupunktur och öronakupunktur. I Mind body therapies återfinns exempelvis andningsövningar, hypnos, meditation och yoga. Spiritual therapies omfattar bland annat meditation, beröringsterapier och olika former av healing. Samtliga sub-termer ökar markant från 1990-talet och framåt även om ökningen av Spiritual therapies är något fördröjd i jämförelse med de övriga.

Figur 3. Andelar av publikationerna indexerade utifrån fyra sub-termer i MeSH, Medline, 1966-2016



En komplementär bild av forskningens innehåll presenteras i Figur 4, som baseras på nätverk över de nyckelord som författarna har använt i publikationerna. Nyckelord kan antas representera innehållet i en publikation i kondenserad form. De är ofta multidimensionella och kan exempelvis indikera undersökningsdesign, undersökt population, sjukdomar/hälsobesvär, terapier, preparat och teoretiska begrepp. Denna figur baseras på nyckelord som förekommer minst 25 gånger i materialet. Då antalet publikationer har ökat markant under den senare delen av tidsperioden, framförallt från slutet av 1990-talet och framåt, domineras visualiseringen av nyckelorden från dessa publikationer. Detta mönster förstärks av att många av de tidiga publikationerna, från 1970- och 80-talen, har få eller inga nyckelord angivna.

Figur 4. Nätverk baserat på nyckelord som förekommer minst 25 gånger i publikationer klassificerade som Complementary therapies i Medline, 1966-2016



Den största enskilda noden i materialet är *Acupuncture,* som återfinns i det lila klustret i mitten av nätverket. I detta kluster finns noder som *Traditional Chinese medicine* och *Chinese medicine*. Ytterligare ett par framträdande noder indikerar undersökningsdesigner, som *Systematic review, Review* och *Meta analysis*. Akupunktur och olika former av traditionell medicin återkommer i det röda klustret uppe till höger i nätverket. Här är ett par av de största noderna *Electroacupuncture* och *Herbal medicine*. En stor del av klustret hålls samman av noder som relaterar till biomedicinska processer, som celldelning (exempelvis *Apoptosis*, *Oxidative stress*, *Cytoxicity, Lipid perpoxidiation*), proteiner (exempelvis *Nf kappa b*, *Tnf alpha*) och ämnen/preparat (*Antioxidants*, *Flavonoids*, *Cox 2*). Det finns också exempel på ämnen/preparat som är associerade med KAM generellt, som *Ginseng*, *Aloe Vera*, *St Johns wort* och *Green tea*. Om man följer länkarna mellan noderna är det möjligt att se att vissa processer (som nyckelord relaterade till celldelning) är kopplade till specifika sjukdomar (som *Cancer* och *Breast cancer*). På liknande sätt finns det tydliga kopplingar mellan antioxidanter och diabetes.

I det gröna klustret längst ner i figuren återfinns ett antal generella begrepp förknippade med KAM, som *Complementary and alternative*, *Complementary therapies*, *CAM*, *Alternative medicine*, *Integrative medicine* och *Traditional medicine*. Den sistnämnda noden har tydliga kopplingar till nyckelord som *Medicinal plants*, *Ethnopharmacology* och *Ethnobotany*. I klustret finns det nyckelord som *Cancer*, *Oncology* och *Nursing* vilka indikerar kopplingar till breda forskningsområden. Sammantaget indikerar detta kluster generella icke-kliniska publikationer inom området.

Det mörkt gula klustret till vänster i nätverket innehåller ett antal noder som kan relateras till MeSH-termen *Musculoskeletal manipulations*, som *Manipulation*, *Manual therapy*, *Chiropractic*, *Spinal manipulation* och *Massage*. I klustret finns också noder som ingår i *Mind body therapies*, som *Yoga*, *Tai chi*, *Biofeedback* och *Breathing exercise*. Ytterligare ett par centrala noder indikerar sjukdomar/hälsobesvär, som *Pain*, *Chronic pain*, *Stroke* och *Rehabilitation*. Noderna *Randomized Clinical Trials* och *Clinical trials* indikerar kliniskt orienterad forskning i detta kluster.

I det övre vänstra hörnet finns ett stort blått kluster med ett flertal noder som ingår i MeSH-termen *Mind body therapies*. Här finns nyckelord som *Hypnosis*, *Meditation* och *Neurofeedback* men också Mindfulness (som inte ingår i MeSH-termen Complementary therapies utan i *Psychotherapy*). I det blå klustret finns exempel på *Sensory art therapies*, som musikterapi. Noder som *Meditation* och *Mindfulness* har tydliga kopplingar med sjukdomar/hälsobesvär som stress och depression. I den övre delen av klustret finns det ett stort antal noder som indikerar neuro- och kognitionsforskning (som *fMRI*, *EEG*, *Neuroimaging*, *Memory* och *Cognition*). Nära sammanlänkat med detta, och flera andra kluster, finns ett turkost kluster. Här är den centrala noden *Anxiety*. Slutligen finns det ett mindre, förhållandevis isolerat, orange kluster i den nedre vänstra hörnet. Detta kluster hålls samman av noden *Quality of life* och har ett flertal mindre noder som indikerar fokus på holistisk hälsa och folkhälsa.

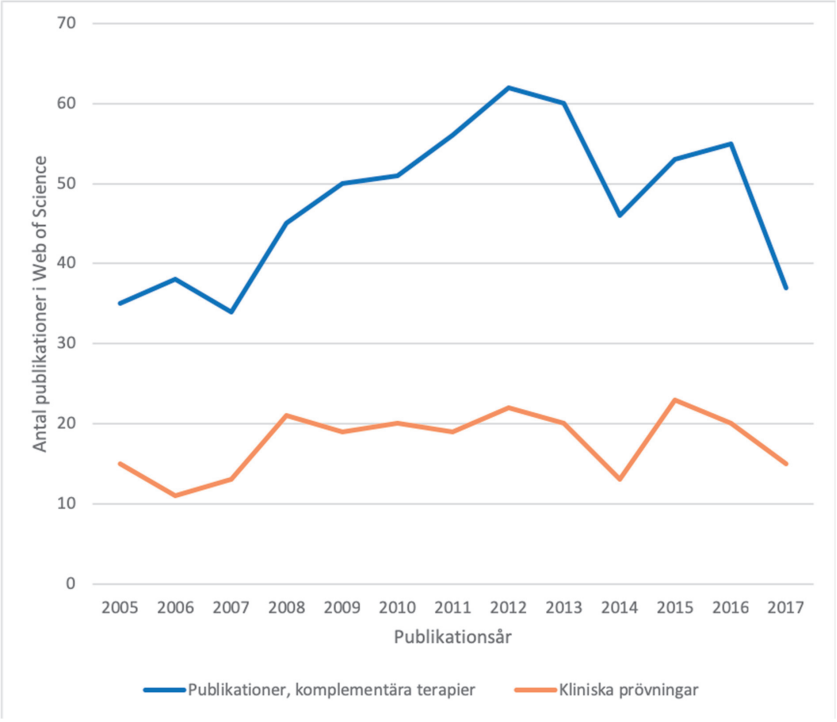
Del 2. Svensk KAM-forskning

Publikationsmönster i Svensk KAM-forskning

I figur 5 redovisas publikationer indexerade som *Complementary therapies*, med minst en författare som har svensk adress/organisation, under tidsperioden 2005-2017. I denna figur redovisas också utvecklingen av kliniska prövningar i detta material.

2005 publicerades 35 svenska KAM-artiklar enligt Web of Science. Det största antalet återfinns 2012, då det publicerades 62 artiklar. I genomsnitt har det publicerats knappt 48 artiklar per år under tidsperioden 2005-2017. Variationen mellan de enskilda åren är dock liten och det är svårt att uttala sig om en tydlig utveckling. Detta gäller också för utvecklingen av kliniska prövningar. Det lägsta antalet var 2006, då 11 publikationer indexerades som kliniska prövningar, och det största antalet återfinns 2015, då det var 23 publikationer. Andelen kliniska prövningar varierar mellan 28 och 46 procent, vilket indikerar att det är en högre andel i jämförelse med de globala materialet för samma tidsperiod. Nedgången under slutet av tidsperioden, särskilt för 2017, kan sannolikt förklaras av att databasen ännu inte är fullt uppdaterad.

Figur 5. Antal svenska publikationer och kliniska prövningar klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017



Källor och innehåll i publikationerna

Forskningen är publicerad i en stor mängd källor, 302 stycken, varav så gott som samtliga är vetenskapliga tidskrifter. I tabell 1 redovisas de tio mest förekommande tidskrifterna, tidskrifternas femåriga impact (baserat på Journal Citations Report) samt vilka andelar publikationerna utgör. Åtta av de tio vanligaste tidskrifterna är inriktade mot KAM i allmänhet (som *MBC Complementary and Alternative medicine*) eller mot specifika KAM-terapier (som *Acupuncture in Medicine*). En tidskrift, *Plos One*, är en bred open access-tidskrift, som är inriktad mot naturvetenskap och medicin. En tidskrift, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, är inriktad mot obstetrik och gynekologi. Samtliga dessa tidskrifter har förhållandevis låg impact om man jämför med topptidskrifter inom det medicinska området. Om man däremot jämför med tidskrifter inom andra medicinska sub-områden är impacten mindre anmärkningsvärd även om topptidskrifterna i detta fall saknas.

Utifrån de vanligaste tidskrifterna i materialet skulle en tolkning kunna vara att många av publikationerna vänder sig till en publik som är specifik intresserad av KAM-forskning. Om man ser till spridningen av tidskrifter och hur dessa tidskrifter är klassificerade utifrån forskningsområde (tabell 2) framträder en delvis annorlunda bild. Den största enskilda

kategorin är *Integrative complementary medicine*, som omfattar knappt 20 procent av publikationerna. Resterande 80 procent utgörs av andra medicinska sub-områden, som *Neuroscienes Neurology*, *Psychology* och *Pharmacology Pharmacy*. Denna spridning bekräftas också om man går igenom titlarna på de tidskrifter som finns i materialet, då merparten av dessa indikerar andra medicinska områden än KAM. En tolkning av detta är att den svenska KAM-forskningen generellt är integrerad i olika medicinska sub-områden. Om en studie undersöker effekter av akupunktur på förlossningssmärta är det med andra ord sannolikt att den publiceras i en tidskrift med inriktning mot gynekologi eller obstetrik och inte mot KAM.

Tabell 1. Top tio tidskrifter, svenska publikationer klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017

Tidskriftens namn	**Procent av publikationerna**	**Tidskriftens femåriga impact 2016 (enligt Journal Citations Report)**
BMC Complementary and Alternative Medicine	5,1	2,3
Acupuncture in Medicine	3,2	2,2
Plos One	3,1	2,8
Journal of Alternative and Complementary Medicine	2.7	1,6
Journal of Ethnopharmacology	2,1	3,0
International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis	1,9	1,1
Complementary Therapies in Medicine	1,8	2,0
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica	1,4	-
BMC Musculoskeletal Disorders	1,3	2,3
Forschende Komplementarmedizin	1,3	1,4[5]

[5] Impact factor 2006

Tabell 2. Top tio forskningsområden, svenska publikationer klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017

Forskningsområde	**Procent av publikationerna**
Integrative complementary Medicine	19,9
Neurosciences neurology	10,8
Psychology	10,5
Pharmacology pharmacy	7,7
Rehabilitation	7,6
Nursing	6,9
Psychiatry	6,1
Public environmental health	5,1
Obstetrics gynecology	4,7
General internal medicine	4,3

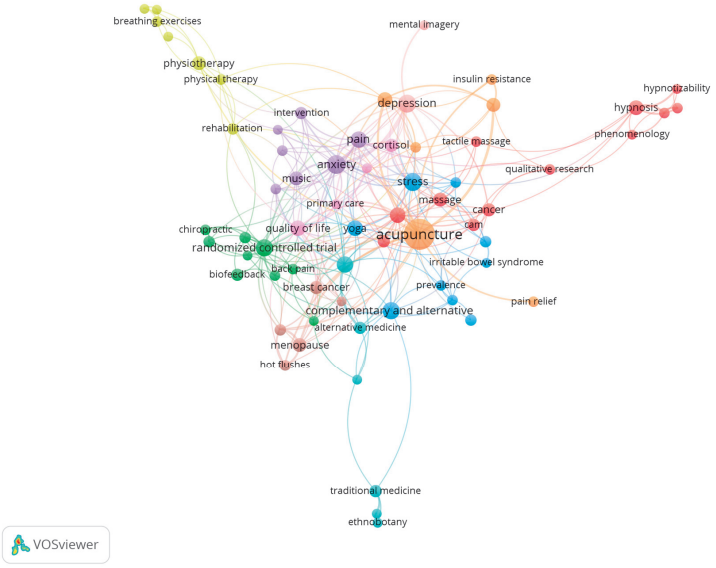
För att analysera innehållet i forskningen närmare har vi, i likhet med det globala materialet, analyserat hur dokumenten är indexerade med hjälp av sub-termer till *Complementary therapies*. Då antalet publikationer för enskilda år är få har vi valt att presentera heltalen i tabell 3. I denna tabell kan man utläsa att de vanligast förekommande terapierna är *Mind body therapies*, *Acupuncture therapy*, *Sensory art therapy* och *Phytotherapy*. De vanligaste terapierna, samt ordningen på dem, är med andra ord något annorlunda i jämförelse med det globala materialet (figur 3).

Tabell 3. MeSH sub-termer, svenska publikationer klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017

MeSH sub-termer	**Antal publikationer**
Mind body therapies	194
Acupuncture therapy	104
Sensory art therapies	76
Phytotherapy	71
Musculoskeletal manipulations	61
Spiritual therapies	54
Medicine, traditional	38
Holistic health	14
Anthroposophy	12
Homeopathy	6
Auriculotherapy	3
Naturopathy	2
Reflexotherapy	1

För att ge ytterligare en bild av innehållet i publikationerna har vi analyserat de nyckelord som författarna använder (Figur 6). Då detta är ett avsevärt mindre material i jämförelse med det globala materialet har vi valt att inkludera de nyckelord som förekommer minst fem gånger i materialet.

Figur 6. Nätverk baserat på de nyckelord som förekommer minst 5 gånger i svenska publikationer klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017



Den största noden i Figur 6 utgörs av nyckelordet *Acupuncture*, som ingår i det orange klustret. Andra noder i detta kluster indikerar ett par olika sjukdomar/hälsobesvär (som *Pain relief, Polycystic ovary syndrome* och *Insulin resistance*). Till höger i figuren finns ett rött kluster, som innehåller olika terapier (som *Massage*, *Tactile massage* och *Hypnosis*), generella begrepp relaterade till KAM (*Complementary therapies* och *CAM*) och begrepp som indikerar forskningsdesign och metodologiska utgångspunkter (*Qualitative research* och *Phenomenology*). *Massage* och *Tactile massage* inryms i MesH-termen *Musculoskeletal manipulations*, alltmedan *Hypnosis* klassificeras som *Mind body therapies*.

Nära sammanlänkat med både det röda och orange klustret finns ett blått kluster, som innehåller flera generella begrepp (*Complementary and alternative*, *Treatment*, *Prevalence*) och ett par terapier (*Yoga* och *Mindfulness*). Yoga ingår i *Mind body therapies*, alltmedan Mindfulness inte tillhör MeSH-termen *Complementary therapies* utan återfinns i *Psychotherapy*. Från Mindfulness finns det länkar till sjukdomar/hälsobesvär som *Stress*, *Fibromyalgia* och *Irratable bowel syndrome*. Yoga har länkar till *Stress*, men även till noder utanför klustret (som *Anxiety*). Till vänster om detta kluster finns det turkost kluster, som kännetecknas av generella begrepp relaterade till KAM (*Complementary medicine*, *Alternative medicine*, *Integrative medicine*, *Medicinal plants* och *Ethnobotany*).

I det vänstra hörnet av Figur 6 finns ett litet brunt kluster och ett något större grönt kluster. Det bruna klustret kännetecknas av nyckelord relaterade till gynekologiska besvär (som *Menopause* och *Hot flushes*) och bröstcancer. Särskilt från noden *Breast cancer* finns det tydliga länkar till *Acupuncture*, i det orange klustret, men också till *Applied relaxation*. I det

gröna klustret återfinns flera terapier som hör hemma i MeSH-termerna *Musculoskeletal manipulations (Chiropractic* och *Manual therapy)* och *Mind Body therapies* (*Biofeedback* och *Relaxation*). Här finns också ett antal nyckelord som indikerar smärtproblematik, i form av *Back pain*, *Neck pain* och *Low back pain*, samt till specifik undersökningsdesign, i form av noden *Randomized controlled trial*.

I det övre vänstra hörnet finns ett gult kluster som kännetecknas av olika fysiska terapier. Några av dem kan klassificeras med hjälp av MeSH-termen *Mind body therapies* (som *Breathing exercises* och den mer specialiserade *Glossopharyngeal breathing*) andra faller utanför *Complementary therapies* (som *Physiotherapy* och *Physical therapy*). Noden *Rehabilitation* indikerar generella sjukdomar/hälsobesvär och rehabilitering från dessa.

Slutligen finns det ett lila/rosa kluster, som innehåller de större noderna *Anxiety* och *Pain*. Här finns det ett par noder som indikerar olika terapier (*Music* och *Herbal medicine*), patientgrupper (*Women* och *Gender*) och att patienternas upplevelse står i fokus (*Sense of Coherence*, *Quality of life*). Nyckelordet *Anxiety* har tydliga länkar till *Depression*, en nod som befinner sig mellan flera kluster.

Citeringar

Ett sätt att bedöma om forskning får genomslag är att analysera om och hur den har citerats av andra forskare. Det finns ett flertal begränsningar med citeringsanalys (Moed, 2005) och i detta fall är det särskilt viktigt att hålla i minnet att citeringarna inte är normaliserade. Det innebär att det inte har tagits hänsyn till publikationernas ålder eller för forskningsfältets särdrag (van Raan, 1999). Äldre publikationer har med andra ord större möjlighet att bli citerade, för att det har funnits tillgängliga under längre tid, än yngre publikationer.

Publikationerna i det svenska materialet har sammantaget citerats 11 499 gånger (10 981 utan självcitat), vilket innebär att de i genomsnitt har citerats 18,49 gånger. I tabell 4 presenteras de tio mest citerade publikationerna. Som framgår av titlarna är majoriteten av dessa publikationer endera studier av KAM-användning eller reviews/översiktsartiklar inom olika sub-områden.

Tabell 4. Top tio mest citerade svenska publikationer klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017

Författare	Titel	Tidskrift	Antal citeringar	År
Molassiotis, A et al.	Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey	Annals of Oncology	481	2005
Olazaran, J et al.	Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy	Dementia and Geriatric Cognitive Disorders	332	2010
Panossian, A; Wikman, G	Pharmacology of Schisandra chinensis Bail.: An overview of Russian research and uses in medicine	Journal of Ethnopharmacology	242	2008
Panossian, A; Wikman, G; Sarris, J	Rosenroot (Rhodiola rosea): Traditional use, chemical composition, pharmacology and clinical efficacy	Phytomedicine	180	2010
Alfven, T et al.	Allergic diseases and atopic sensitization in children related to farming and anthroposophic lifestyle - the PARSIFAL study	Allergy	163	2006
Fønnebø, V et al.	Researching complementary and alternative treatments - the gatekeepers are not at home	BMC Medical Research Methodology	124	2007
Hanssen, B et al.	Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries	Scandinavian Journal of Primary Health Care	123	2005
Sarris, J; Panossian, A; Schweitzer, I; Stough, C; Scholey, A	Herbal medicine for depression, anxiety and insomnia: A review of psychopharmacology and clinical evidence	European Neuropsychopharmacology	119	2011

Författare	Titel	Tidskrift	Antal citeringar	År
Branstrom, R et al.	Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients – A randomized study	Annals of Behavioral Medicine	114	2010
Antfolk, C. et al.	Sensory feedback in upper limb prosthetics	Expert Review of Medical Devices	112	2013

Organisationer och författare

Författarna till de svenska publikationerna är anknutna till 748 organisationer. På grund av samförfattarskap är en del av dessa belägna i andra länder än Sverige. I tabell 5 presenteras de tio mest frekventa organisationerna i materialet. Det övergripande mönstret är att författarna har anknytning till universitet, högskolor, sjukhus/universitetssjukhus och landsting i Sverige. Karolinska Institutet har en klar dominans i materialet, följt av Göteborgs och Lunds universitet. I materialet som helhet finns det exempel på privata företag och intresseorganisationer som har en koppling till KAM i allmänhet eller till specifika KAM-terapier. Exempelvis återfinns Swedish Herbal Institute (12 publikationer), Skandinaviska Naprapathögskolan (8 publikationer), Vidarkliniken (6 publikationer) och Scandinavian College of Chiropractic (4 publikationer) i materialet. Det finns också exempel på utländska universitet och organisationer med liknande koppling till KAM, som Heilongjiang University of Chinese Medicine (15 publikationer).

Tabell 5. Top tio organisationer i svenska publikationer klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017

Organisation	Antal publikationer	Procent av publikationerna
Karolinska Institutet	217	34,9
Göteborgs universitet	107	17,2
Lunds universitet	91	14,6
Linköpings universitet	66	10,6
Uppsala Universitet	63	10,1
Karolinska universitetssjukhuset	51	8,2
Umeå Universitet	39	6,3
Örebro Universitet	32	5,1
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	32	5,1
Skåne Universitetssjukhus	28	4,5

I tabell 6 redovisas de mest frekventa författarna i det svenska materialet. Denna lista toppas av Elisabet Stener Victorin (verksam vid Göteborgs universitet fram till och med 2014, där efter vid Karolinska Institutet), Torkel Falkenberg (Karolinska Institutet) och Etzel Cardena (Lunds universitet). I denna tabell finns även ett par internationella författare med, som Devin B Terhune (Goldsmiths University of London) och Vinjar Fønnebø (NAFKAM, UIT Tromsø), på grund av samförfattarskap.

Tabell 6. Top tio författare, svenska publikationer klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017

Författare	Antal publikationer	Procent av publikationerna
Elisabet Stener Victorin	40	6,4
Torkel Falkenberg	21	3,4
Etzel Cardena	18	2,9
Thomas Lundeberg	16	2,6
Mats Hammar	12	1,9
Devin B Terhune	11	1,8
Vinjar Fønnebø	10	1,6
Irene Lund	10	1,6
Alexander Panossian	9	1,4
Tobias Sundberg	9	1,4

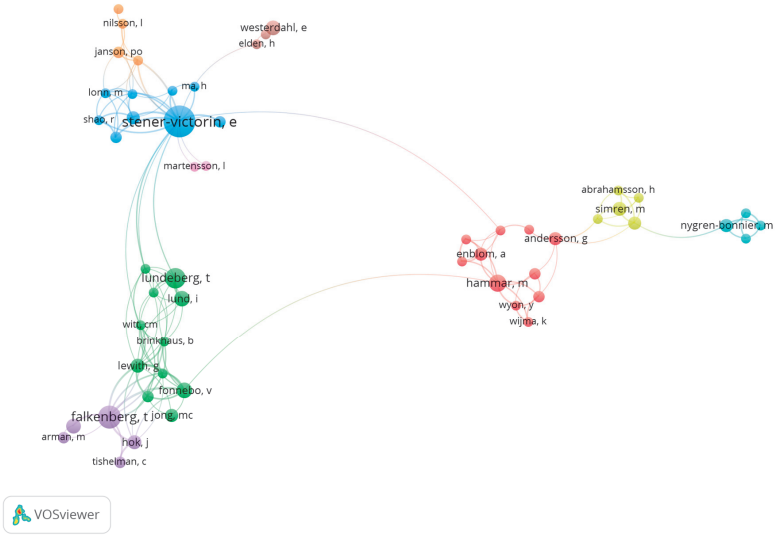
Forskningsnätverk

I figur 7 presenteras de forskningsnätverk som har identifieras utifrån samförfattarskap i det svenska materialet. Detta baseras på de författare som har minst fyra gemensamma publikationer. Då namnen på samtliga noder inte är synliga i visualiseringen har vi valt att komplettera beskrivningen med dessa.

Den största noden i nätverket är Elisabet Stener Victorin, som ingår i det blå klustret. I detta kluster ingår författare som Julia Johansson, Håkan Billig, Malin Lönn, Louise Mannerås-Holm och Annika Billhult. Flertalet av dessa författare är/har varit verksamma vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Västra Götalandsregionen. Till stor del representerar detta kluster forskning om/av akupunktur inom obstetrik och gynekologi (exempelvis på polycystic ovary syndrome). Det finns även exempel på kliniska studier av andra KAM-terapier, som massage, och andra sjukdomar/hälsobesvär, som illamående vid bröstcancerbehandlingar.

Obstetrik och akupunktur är återkommande teman även dominerande teman i de övriga klustren uppe till vänster i figuren. I det orange klustret ingår forskare som Per Olof Janson, Göran Holm och Lars Nilsson, samtliga med koppling till Göteborgs universitet och Sahlgrenska sjukhuset. Här är ett framträdande teman studier på akupunktur och polycystic ovary syndrome. Det bruna klustret innehåller bland andra Elisabeth Westerdahl, Monika Fagervik Olsen och Helen Eldén. Här finns bland annat studier av akupunktur vid obstetriska besvär, som smärta i blygdbensfogen hos gravida. Det finns också exempel på studier av andra KAM-terapier, som yoga, andningsövningar och kraniosakral terapi. Organisatoriskt är dessa forskare främst kopplade till Sahlgrenska sjukhuset och Örebro universitet. Det mörkrosa klustret, med Lena Mårtensson och Erica Schytt, har också fokus på akupunktur och obstetrik, som förlossningssmärta. Organisatoriskt återfinns dessa forskare bland annat vid Karolinska Institutet, sjukhuset i Falun och Högskolan i Skövde.

Figur 7. Forskningsnätverk baserade på samförfattarskap (minst fyra publikationer) av svenska publikationer klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017



I den nedre vänstra delen av figur 7 återfinns två nära sammanlänkade kluster, ett i grönt och ett i lila. Det gröna klustret består till stor del av internationella forskare, som George Lewith (University of Southhamptons), Vinjar Fønnebø (NAFKAM, UIT Tromsö), Mike Cummings (British Medical Acupuncture Society, London), Benno Brinkhaus (Charité Universitätsmedizin Berlin) och Claudia Witt (University of Zurich). Ett flertal av dessa forskare har, eller har haft, en profilerad roll inom internationell KAM-forskning. Exempelvis har Fønnebø varit föreståndare för the National Research Centre in Complementary and Alternative Medicine (NAFKAM) vid UIT Tromsø. Claudia Witt var under åren 2011-13 president för the International Society for Complementary Medicine Research (ISCMR). I detta sammanhang ingår de som medförfattare på generella KAM-studier, bland annat av användande och förekomst av KAM i Europa. Här återfinns också ett antal publikationer finansierade av EU-projektet CAMbrella, som bland annat behandlar juridisk status på KAM samt definitioner och centrala forskningsfrågor inom fältet. Det gröna klustret innehåller svenska forskare, som Miek C Jong (Mittuniversitet), Thomas Lundeberg (Sabbatsbergs sjukhus) och Irene Lund (Karolinska Institutet). I den övre delen av det gröna klustret, där Lundeberg och Lund ingår, är flera av publikationerna kliniska studier av akupunktur och olika typer av smärttillstånd (som kolik, fibromyalgi och bäckensmärta). Det lila klustret innehåller forskare som Torkel Falkenberg, Tobias Sundberg, Johanna Hök, Carol Tishelman och Maria Arman. Samtliga dessa har kopplingar till Karolinska Institutet. I likhet med det gröna klustret (vilket delvis förklaras av samförfattarskapen mellan dessa kluster) återfinns ett flertal generella KAM-publikationer i det lila klustret, bland annat om användning av KAM i Skandinavien, riktlinjer för framtida forskning och användning av KAM bland cancerpatienter. I detta kluster återfinns också kliniska prövningar, bland annat av taktil massage och manuella terapier.

I den högra delen av figur 7 finns tre kluster, som har förhållandevis få länkar både mellan varandra och till de övriga klustren. Det röda klustret innehåller ett antal forskare med kopplingar till Linköping universitet, Landstinget i Östergötland och Karolinska Institutet. Mats Hammar, Elizabeth Nedstrand, Yvonne Wyon och Klaas Wijma är alla medförfattare på publikationer som är inriktade på effekter av akupunktur vid värmevallningar, både hos cancerpatienter och kvinnor i klimakteriet. En annan KAM-terapi som undersöks är tillämpad avslappning. En annan del av klustret innehåller forskare som Anna Enblom, Susanne Börjesson, Gunnar Steineck och Mats Lekander. Även i denna del av klustret är akupunktur ett dominerande tema, bland annat med fokus på placeboeffekter. I det högra hörnet av det röda klustret återfinns Gerhard Andersson och Hugo Hesser, båda vid Linköpings universitet. Här återfinns bland annat studier av acceptans- och åtagandeterapi samt tillämpad avslappning i behandling av patienter med tinnitus. Denna del av klustret har länkar till det gula klustret, som innehåller Magnus Simrén, Hasse Abrahamsson, Brjánn Ljótsson, Peter Unge och Per Johan Lindfors, vid Göteborgs universitet och Sahlgrenska universitetssjukhuset. I detta kluster är ett genomgående tema studier av irratable bowel syndrom (IBS) och olika former av hypnos, hypnoterapi och mindfulness. Från detta kluster finns det en länk till det turkosa klustret längst till höger i figuren, där forskare som Malin Nygren-Bonnier, Peter Lindholm, Brita Klefbeck och Agneta Markström återfinns. Här är fokus på olika andningstekniker och lungkapacitet inom olika patientgrupper, men det finns också studier av högintensiv yoga. Flertalet av dessa forskare har kopplingar till Karolinska Institutet och Karolinska universitetssjukhuset.

Finansiering

I Web of Science finns det uppgifter om vem som har finansierat publikationerna. Dessa uppgifter finns inte för alla publikationer och de är ofta bristfälligt standardiserade, då de bygger på de uppgifter författarna själva har angett i publikationerna. I det svenska materialet finns dessa uppgifter för c:a hälften av publikationerna.

I tabell 7 redovisar vi de tio mest förekommande finansiärerna. I denna tabell har vi fört samman de uppgifter som uppenbart hör samman, trots olika stavningar och förkortningar. Vi har också fört samman enheter och institutioner till övergripande organisationer, som universitet. I materialet som helhet finns flertalet svenska universitet och universitetssjukhus representerade, liksom större svenska och europeiska forskningsråd, ett flertal landsting, privata stiftelser samt intresseorganisationer med anknytning till KAM-området. Bland top-finansiärerna är det värt att notera att Ekhagastiftelsen identifierar komplementärmedicin som ett av de områden som stöds.[6]

[6] http://www.ekhagastiftelsen.se

Tabell 7. Top tio finansiärer, svenska publikationer klassificerade som Complementary therapies i Web of Science, 2005-2017

Finansiär	Antal publikationer	Procent av publikationerna
Vetenskapsrådet	45	7,2
Karolinska Institutet	35	5,6
Ekhagastiftelsen	31	5,0
Medicinska forskningsrådet	19	3,1
Vårdalinstitutet	19	3,1
Stockholms läns landsting	15	2,4
Cancerfonden	15	2,4
Adlerbertska forskningsstiftelsen	12	1,9
Hjalmar Svenssons forskningsfond	12	1,9
Region Östergötland	11	1,8

Avslutande reflektioner

I denna rapport har vi kartlagt och analyserat utveckling och innehåll i global och svensk KAM-forskning. Detta har skett med hjälp av bibliometriska metoder, baserat på datamaterial från databaserna Medline och Web of Science. I likhet med tidigare forskning av området drar vi slutsatsen att forskning i/om KAM globalt är en begränsad men växande forskningsaktivitet. Tillväxten var som störst från slutet 1990-talet och fram till c:a 2005. Under det senaste årtiondet har antalet publikationer stabiliserat kring 5 000 per år, vilket utgör 0,5-0,6 procent av Medline som helhet. Andelen klinisk forskning har ökat under samma tidsperiod och stabiliserats kring 20 procent av publikationerna under de senaste tio åren. När det gäller innehållet i den globala forskningen har vi dels analyserat hur dokumenten är indexerade med hjälp av MeSH-termer, dels vilka nyckelord som författarna använder sig av. Utifrån det första måttet är det framförallt *Musculoskeletal manipulations*, *Acupuncture therapy*, *Mind body therapies* och *Sensory art therapies* som undersöks. Dessa terapier är även framträdande i de nyckelord som författarna använder i publikationerna. I denna del av analysen är det möjligt att identifiera hur olika terapier är innehållsmässigt länkande till olika sjukdomar/hälsoproblem, undersökningsdesigner och teoretiska begrepp.

När det gäller svensk KAM-forskning har vi identifierat de publikationer som har minst en författare med svensk adress/organisation angiven. Denna del av rapporten bygger på material från Web of Science, under tidsperioden 2005-2017. Som indikerats ovan är det svårt att uttala sig om några tydliga trender utifrån detta material, då det rör sig om få publikationer och liten variation mellan enskilda år. I genomsnitt har det publicerats knappt 48 artiklar per år, med minst en författare med svensk adress/organisation. Dessa publikationer tycks vara något mer kliniskt orienterade i jämförelse med det globala materialet för samma tidsperiod. Av mest citerade artiklarna, som har minst en svensk författare, är en majoritet reviews/ översiktsartiklar. Publikationerna återfinns i en stor mängd tidskrifter och de mest frekventa

har en tydlig profil mot KAM, endera generellt eller mot specifika terapier. Om man däremot ser till materialet som helhet är c:a 80 procent av tidskrifterna klassificerade som tillhörande andra medicinska sub-områden, som *Neurosciences neurology*, *Psychology* och *Pharmacology pharmacy*, vilket indikerar att forskningen publiceras i källor som vänder sig till en publik som inte nödvändigtvis har ett primärt intresse av KAM utan av specifika sjukdomar/hälsobesvär eller andra breda forskningsområden.

När det gäller författare, organisationer och samarbetsmönster är ett övergripande intryck att den svenska KAM-forskningen bedrivs vid etablerade universitet, högskolor och universitetssjukhus. I materialet finns en klar dominans av forskare med anknytning till Karolinska Institutet men det finns också större grupper vid Göteborgs-, Lunds- och Linköpings universitet. Bilden av KAM-forskningen som integrerad i etablerade medicinska sammanhang stärks av de uppgifter som finns om forskningens finansiering, även om dessa uppgifter är bristfälliga. Etablerade forskningsråd (som Vetenskapsrådet och Medicinska forskningsrådet), universitet/högskolor (som Karolinska Institutet) och landsting är representerade bland de mest frekventa finansiärerna. Endast en av de tio vanligaste finansiärerna i materialet, Ekhagastiftelsen, har ett uttalat mål att stödja komplementärmedicinsk forskning.

Om man jämför innehållet i publikationerna mellan det globala och det svenska materialet är det möjligt att se både likheter och vissa skillnader. Exempelvis är forskning relaterad till akupunktur och *Mind body therapies* framträdande i båda materialen, alltmedan *Musculoskeletal therapies* och *Spiritual therapies* är något mer framträdande i det globala materialet. I det svenska materialet utmärker sig forskning inriktad mot gynekologiska besvär, likaså studier av akupunktur.

Att använda bibliometriska metoder för att undersöka forskningsaktiviteter har ett antal begränsningar. Exempelvis har bibliografiska databaser inte fullständig täckning av källor/tidskrifter. Det finns också uppenbara problem med att identifiera innehåll utifrån hur dokument är indexerade. I detta fall är det exempelvis rimligt att anta att vi har missat enskilda dokument som behandlar KAM men som inte är indexerade som *Complementary Therapies* utifrån MeSH. Det finns också ett antal felkällor gällande den information som finns om publikationerna i databaserna, exempelvis beroende på bristande standardisering.

Referenser

Clarke, T. C., Black, L. I., Stussman, B. J., Barnes, P. M., & Nahin, R. L. (2015). *Trends in the Use of Complementary Health Approaches Among Adults: United States, 2002–2012*. Retrieved from

Danell, J. A. B., & Danell, R. (2009). Publication activity in complementary and alternative medicine. *Scientometrics, 80*(2), 539-551. doi:Doi 10.1007/S11192-008-2078-8

Falkenberg, T., Lewith, G., di Sarsina, P. R., von Ammone, K., Santos-Rey, K., Hok, J., . . . Uehleke, B. (2012). Towards a Pan-European Definition of Complementary and Alternative Medicine - a Realistic Ambition? *Forschende Komplementarmedizin, 19*, 6-8. doi:10.1159/000343812

Fischer, F. H., Lewith, G., Witt, C. M., Linde, K., von Ammon, K., Cardini, F., . . . Brinkhaus, B. (2014). High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: guidelines for future research. *BMC Complement Altern Med, 14*, 46. doi:10.1186/1472-6882-14-46

Fontanarosa, P. B., & Lundberg, G. D. (1998). Alternative medicine meets science. *JAMA, 280*(18), 1618-1619.
Fu, J.-Y., Zhang, X., Zhao, Y. H., Huang, M. H., & Chen, D. Z. (2011). Bibliometric analysis of complementary and alternative medicine research over three decades. *Scientometrics, 88*(2), 617-626. doi:Doi 10.1007/S11192-011-0391-0
Hanssen, B., Grimsgaard, S., Launsø, L., Fønnebø, V., Falkenberg, T., & Rasmussen, N. (2005). Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scand J Prim Health Care, 23*(1), 57-62.
Jonas, W. B. (2001). The evidence house: How to build an inclusive base for complementary medicine. *Western Journal of Medicine, 175*(2), 79-80.
Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T., & Vuolanto, P. H. (2017). Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-8.
Mason, S., Tovey, P., & Long, A. F. (2002). Evaluating complementary medicine: methodological challenges of randomised controlled trials. *BMJ, 325*(7368), 832-834.
Moed, H. F. (2005). *Citation Analysis in Research Evaluation*: Springer.
Moral-Munoz, J. A., Cobo, M. J., Peis, E., Arroyo-Morales, M., & Herrera-Viedma, E. (2014). Analyzing the research in Integrative & Complementary Medicine by means of science mapping. *Complementary Therapies in Medicine, 22*(2), 409-418. doi:10.1016/j.ctim.2014.02.003
Singh, S., & Ernst, E. (2008). *Trick or treatment? Alternative medicine on trial*. London: Bantam.
Van Eck, N. J., & Waltman, L. (2007). VOS: A new method for visualizing similarities between objects. *Advances in Data Analysis*, 299-306.
Van Eck, N. J., & Waltman, L. (2011). Text mining and visualization using VOSviewer. *ISSI Newsletter, 7*(3), 50-54.
van Raan, A. F. J. (1999). Advanced bibliometric methods for the evaluation of universities. *Scientometrics, 45*(3), 417-423.
Verhoef, M. J., Casebeer, A. L., & Hilsden, R. J. (2004). Assessing Efficacy of Complementary Medicine: Adding Qualitative Research Methods to the "Gold Standard". *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 8*(3), 275–281.
Verhoef, M. J., Lewith, G. J. W., Ritenbaugh, C., Boon, H., Fleishmane, S., & Leis, A. (2005). Complementary and alternative medicine whole systems research: Beyond identification of inadequacies of the RCT. *Complementary Therapies in Medicine, 13*(3), 206-212. doi:https://doi.org/10.1016/j.ctim.2005.05.001
Wardle, J. (2017). The extraordinary complexities in defining complementary medicine. *Advances in Integrative Medicine, 4*(3), 89-90. doi:10.1016/j.aimed.2018.02.035
Wardle, J. L., & Adams, J. (2014). Indirect and non-health risks associated with complementary and alternative medicine use: An integrative review. *European Journal of Integrative Medicine, 6*(4), 409-422. doi:10.1016/j.eujim.2014.01.001
Weidenhammer, W., Lewith, G., Falkenberg, T., Fonnebo, V., Johannessen, H., Reiter, B., . . . Brinkhaus, B. (2011). EU FP7 project 'CAMbrella' to build European research network for complementary and alternative medicine. *Forsch Komplementmed, 18*(2), 69-76. doi:10.1159/000327310
Wemrell, M., Merlo, J., Mulinari, S., & Hornborg. (2016). *Användning av alternativ och komplementär medicin (AKM) i Skåne: Pilotstudie 2016*. Retrieved from Lund:

White, A., Boon, H., Alraek, T., Lewith, G., Liu, J. P., Norheim, A. J., . . . Fonnebo, V. (2014). Reducing the risk of complementary and alternative medicine (CAM): Challenges and priorities. *European Journal of Integrative Medicine, 6*(4), 404-408. doi:10.1016/j.eujim.2013.09.006

WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. (2013). Retrieved from

Wiesener, S., Falkenberg, T., Hegyi, G., Hok, J., di Sarsinae, P. R., & Fonnebo, V. (2012). Legal Status and Regulation of Complementary and Alternative Medicine in Europe. *Forschende Komplementarmedizin, 19*, 29-36. doi:10.1159/000343125

Statens offentliga utredningar 2019

Kronologisk förteckning

1. Santiagokonventionen mot organhandel. S.
2. Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. S.
3. Effektivt, tydligt och träffsäkert – det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad. A.
4. Framtidsval – karriärvägledning för individ och samhälle. U.
5. Tid för trygghet. A.
6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan. U.
7. Skogsbränderna sommaren 2018. Ju.
8. Kamerabevakning i kollektivtrafiken – ett enklare förfarande. Ju.
9. Privat initiativrätt – planintressentens medverkan vid detaljplaneläggning. N.
10. Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete. Fi.
11. Biojet för flyget. M.
12. Nya befogenheter på konsumentskyddsområdet. Fi.
13. Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning – världens möjlighet. Fi.
14. Ett säkert statligt ID-kort – med e-legitimation. Ju.
15. Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. S.

Statens offentliga utredningar 2019

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Effektivt, tydligt och träffsäkert – det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad. [3]

Tid för trygghet. [5]

Finansdepartementet

Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete. [10]

Nya befogenheter på konsumentskyddsområdet. [12]

Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning – världens möjlighet. [13]

Justitiedepartementet

Skogsbränderna sommaren 2018. [7]

Kamerabevakning i kollektivtrafiken – ett enklare förfarande. [8]

Ett säkert statligt ID-kort – med e-legitimation.[14]

Miljö- och energidepartementet

Biojet för flyget. [11]

Näringsdepartementet

Privat initiativrätt – planintressentens medverkan vid detaljplaneläggning. [9]

Socialdepartementet

Santiagokonventionen mot organhandel. [1]

Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. [2]

Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. [15]

Utbildningsdepartementet

Framtidsval – karriärvägledning för individ och samhälle. [4]

En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan. [6]