

Vi kan ha något att lära av komplementär och alternativ vård

GER INSIKTER OM VÅRDMILJÖN, KONTINUITET, PATIENTMÖTET OCH OSPECIFIKA EFFEKTER

Under arbetet med den statliga utredningen om komplementär och alternativ vård (KAV), presenterad tidigare i år i två betänkanden [1, 2], hade vi täta kontakter med företrädare för KAV-sektorn och vi samlade rikligt med material om komplementär och alternativ vård. Något som inte platsade i våra betänkanden var frågan: Har hälso- och sjukvården något att lära av komplementär och alternativ vård?

I denna medicinska kommentar diskuteras inte enskilda KAV-metoder och deras eventuella specifika effekter. Jag tar i stället upp fyra områden där hälso- och sjukvården skulle kunna ta intryck från komplementär och alternativ vård:

- den fysiska vårdmiljöns betydelse
- kontinuiteten
- den tid som ägnas åt den vårdsökande
- hur ospecifika effekter kan ses som en tillgång i vården.

Många som söker sig till komplementär och alternativ vård gör det som förstahandsalternativ [1], men många gör det också för att de är missnöjda med hälso- och sjukvården eller inte tycker sig till-



Kjell Asplund, professor emeritus, Umeå universitet; särskild utredare, KAM-utredningen
● kjellasplund1@gmail.com

räckligt hjälpta, något som gäller såväl i Sverige [3] som i andra höginkomstländer [4]. I komplementär och alternativ vård söker de finna värden som de saknat i hälso- och sjukvården.

Två förbehåll: 1) när jag här skriver om komplementär och alternativ vård och brister i hälso- och sjukvården finns ett stort mått av generalisering, 2) kritiken mot komplementär och alternativ vård tas inte upp i denna medicinska kommentar. I utredningens delbetänkande ägnas däremot ett särskilt kapitel åt denna kritik [1], och i slutbetänkandet föreslås lagändringar för att minska riskerna vid komplementär och alternativ vård [2].

Fysiska miljöns betydelse evidensbaserad

Många utövare av komplementär och alternativ vård anstränger sig för att utforma den fysiska behandlingsmiljön så att den blir kongenial med terapins innehåll. Vid utredningens studiebesök i olika KAV-verksamheter var deras anpassning av den fysiska vårdmiljön till terapins idémässiga grunder slående. Ett exempel är mottagningen för traditionell kinesisk medicin med tebord i väntrummet, tunga kinesiska draperier och en minitställning om utövarens far och hans akupunkturutrustning. Andra exempel är antroposofernas satsning på arkitekturen, det naturopatiska sjukhuset inbäddat i en park i sluttningen mot sjön utanför Berlin, Reikirutrummet i lila plysch, den stora fondväggen i homeopatikerns mottagning täckt av diplom.

Det finns vetenskaplig dokumentation av läkande vårdmiljöer i den vanliga hälso- och sjukvården. En klassisk amerikansk studie från 1984 gällde patienter som opererades för gallsten. De som efter operationen hade utsikt över en klunga grönskande träd behövde mindre smärtstillande, klagade mindre på värden och hade kortare vårdtider än dem som hade utsikt mot en brun tegelvägg [5].

Forskningen om vad den fysiska miljön i vården betyder för patienter och personal expanderar snabbt, och man talar numera

om »evidence-based healthcare design« [6]. Det finns till och med arkitekter som oroar sig för arkitekturens medikalisering [7].

Om nu den fysiska miljön inom den komplementära och alternativa värden ofta är utformad för att vara kongenial med vårdens innehåll, hur är det då med ett typiskt mottagningsrum i svensk hälso- och sjukvård? Det kan vara utformat för att minska vårdrelaterade infektioner, eliminera allergirisken och underlätta för snabbt genomflöde av utbytbar vårdpersonal. Men samtidigt är det rätt kallt, operosligt, litet stökigt och inte så genomtänkt. Kan rummets utformning på så vis sägas stå i samklang med hälso- och sjukvårdens innehåll?

Finns något för hälso- och sjukvården att lära av KAV-utövarnas intresse av den fysiska miljön som ett medel att främja

»Eftersom det numera finns en del vetenskapligt underlag kan lärdomen rentav vara evidensbaserad.«

mötet mellan patient och sjukvårdspersonal? Eftersom det numera finns en del vetenskapligt underlag kan lärdomen rentav vara evidensbaserad.

Bättre kontinuitet kanske ökar följsamheten

Det saknas sifferuppgifter om kontinuiteten i svensk komplementär och alternativ vård. Men merparten av KAV-verksamheterna bedrivs i form av enmansföretag, och det förefaller som om kontinuiteten därför i regel är mycket god.

I internationella jämförelser är kontinuiteten i svensk primärvård generellt låg, och den har försämrats över tid [8, 9]. Vårdpersonal betraktas ofta av sina arbetsgivare som funktioner snarare än som professionella individer med särskilda re-

HUVUDBUDSKAP

- Den komplementära och alternativa vården satsar ofta på att den fysiska miljön ska vara samstämmig med vårdens innehåll, något som är mindre vanligt i hälso- och sjukvården.
- Bristande kontinuitet har negativa konsekvenser för vårdens resultat. Kontinuiteten mellan vårdpersonal och vårdsökande är klart bättre i komplementär och alternativ vård än i hälso- och sjukvården.
- Generös tid i mötet mellan vårdsökande och behandlare bidrar till den komplementära och alternativa vårdens attraktionskraft.
- Inom komplementär och alternativ vård utnyttjas ospecifika effekter, t ex förväntanseffekter, mer konsekvent för att nå gynnsamma behandlingsresultat.



Foto: Mostphotos/Mathew Benoit

Inom den komplementära och alternativa vården avsätts i regel 1 timme för ett förstagångsbesök, 30 minuter för ett återbesök. Tid för den vårdsökande kan ses som ett konkurrensmedel som bidragit till den komplementära vårdens attraktionskraft. Att ge den vårdsökande tillräckligt med tid är också en faktor för att kunna utnyttja ospecifika behandlingseffekter (»placeboeffekter« i bred mening).

lationer till enskilda patienter. Tillfälliga vårdkontakter med hyrläkare och nätläkare försämrar kontinuiteten.

Det finns en hel del information i den vetenskapliga litteraturen om vad bristande kontinuitet i vården kan innebära. Bristande kontinuitet i primärvården har knutits till högre användning av komplementär och alternativ vård [10]. Patientens trygghet, säkerhet och delaktighet i vården hotas, och patienter som har dålig kontinuitet i sina vårdkontakter är mindre tillfreds med vården [11-13]. Det finns visst vetenskapligt stöd för att hög kontinuitet i primärvården ökar följsamheten till medicinering [12], minskar behovet av sjukhusvård [14] och möjligen även minskar dödligheten såväl i primärvård som sjukhusanknuten vård [15].

Flera statliga utredningar, senast »Samordnad utveckling för god och nära vård« [16], har tagit upp problemet med bristande kontinuitet och föreslagit organisatoriska och regulatoriska åtgärder. Som påpekats av nuvarande och tidigare ledamöter i Svenska läkaresällskapets etikdelegation har vårdpersonalen också ett personligt ansvar att verka för bättre kontinuitet i vården [13].

Hälso- och sjukvården kan här dra en del lärdomar av hur man arbetar inom komplementär och alternativ vård.

Tid för vårdsökande – ett konkurrensmedel

De KAV-utövare vi intervjuade under utredningsarbetet berättade att tiden för ett förstagångsbesök i regel är 1 timme. Återbesök tar oftast ca 30 minuter, till stora delar oberoende av vilken KAV-terapi det rör sig om. Utövarna är oftast nöjda med den tid de kan ägna åt varje vårdsökande.

I hälso- och sjukvården anser många medarbetare och patienter att alltför litet tid ägnas åt varje patientbesök [17]. I den jämförelse av 11 länder som Commonwealth Fund genomförde 2014 var andelen av befolkningen som ansåg att de fått tillräcklig tid vid läkarbesök klart lägst i Sverige [18].

Det finns många avgörande skillnader i förutsättningarna att bedriva hälso- och sjukvård respektive komplementär och alternativ vård. Det kan därför tyckas orättvist att jämföra arbetsförhållandena i hälso- och sjukvården med dem inom komplementär och alternativ vård. Inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården finns uttalade rationaliseringskrav. I komplementär och alternativ vård saknas i regel av naturliga skäl ekonomiska incitament att korta ner timarvoderade besök. Den som söker denna vård betalar ur egen ficka, och gör det just för att få tid med terapeuten.

Man skulle kunna se tiden som ett konkurrensmedel, som bidragit till den komplementära och alternativa vårdens attraktionskraft.

Det kan finnas anledning att ställa frågan: Kan bristande tid för patientmöten i hälso- och sjukvården, bli på grund av omfattande skärm- och mötestid, medföra att patienter blir missnöjda och i stället vänder sig till komplementär och alternativ vård, där mer tid avsätts för mötet med de vårdsökande?

Värdet av att utnyttja ospecifika effekter

Medan ospecifika effekter kan försvåra metodutvärderingar, är de ofta önskvärda i klinisk praxis. Många av de gynnsamma behandlingseffekter man ser i såväl hälso- och sjukvård som den komplementära och alternativa vården är »ospecifika«. Sådana effekter (»placeboeffekter« i bred mening) handlar om patientens och terapeutens förväntningar, terapeutens engagemang och empati, behandlingens anseende/rykte och det sammanhang i vilken den ges (se utredningens delbetänkande för referenser [1]).

Uppfattningen att medarbetarna själva och deras personliga kompetenser är av stor betydelse för behandlingsresultatet stämmer långt ifrån alltid överens med hur hälso- och sjukvården fungerar i praktiken. Många medarbetare upplever sig som utbytbara kuggar i ett maskineri. Det blir då svårt att skapa det långsiktiga förtroende som är grundläggande för gynnsamma ospecifika effekter. Den komplementära och alternativa vården förefaller vara mer konsekvent än man är i hälso- och sjukvården när det gäller att utnyttja förtroende- och förväntansskapande effekter.

Med tanke på att det finns visst vetenskapligt stöd för att effekterna av specifik terapi stärks om man samtidigt utnyttjar ospecifika effekter (se utredningens delbetänkande för referenser [1]) bör förtroende- och förväntansskapande åtgärder kunna betraktas som en praktisk tillämpning av den evidensbaserade medicinens principer. Listan över faktorer som visat sig bidra till de ospecifika effekterna omfattar enkla saker som att ge tid, visa empati, ha helhetssyn, skapa förtroende för terapeuten och behandlingen och arbeta i en fysisk miljö som inger förtroende [19].

En avvägning som ofta är svår inom hälso- och sjukvården är att skapa rimliga förväntningar på behandlingens effekter. Å ena sidan kan förväntningar om bättring i sig ha gynnsamma effekter, å andra sidan är det fel att skapa falska förhoppningar. Om patienten ska kunna fatta fullt informerade beslut måste också risken för uteblivna effekter och biverkningar beskrivas. Detta är lagfäst (patientlagen), men kan reducera förväntanseffekterna och dämpa gynnsamma ospecifika effekter.

Det kan ändå finnas anledning för hälso- och sjukvården som system och för enskilda medarbetare att överväga hur man kan stärka specifika behandlingseffekter genom att mer systematiskt arbeta med förtroendeskapande insatser. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FTEZ

REFERENSER

1. SOU 2019:15. Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. Delbetänkande av KAM-utredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2019.
2. SOU 2019:28. Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning. Slutbetänkande av KAM-utredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2019.
3. Danell JA. From disappointment to holistic ideals: a qualitative study on motives and experiences of using complementary and alternative medicine in Sweden. *J Public Health Res.* 2015;4(2):538.
4. Furnham A, Vincent CA. Reasons for using CAM. In: Kelner M, Wellman B, Pescosolido B, et al (editors). *Complementary and alternative medicine. Challenge and change.* Hoboken, NJ: Routledge; 2014.
5. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science.* 1984;224(4647):420-1.
6. Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, et al. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD.* 2008;1(3):61-125.
7. Borasi G, Zardini M; Canadian Centre for Architecture (CCA). *Imperfect health. The medicalization of architecture.* Baden: Lars Müller Publishers; 2012.
8. Primärvården i belysning. Jämförelser mellan lands- och regioner 2011-2015. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. PM 2017:5.
9. Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. PM 2017:4.
10. Hansen AH, Kristoffersen AE, Lian OS, et al. Continuity of GP care is associated with lower use of complementary and alternative medical providers: a population-based cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:629.
11. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract.* 1995;45(401):654-9.
12. Chen CC, Tseng CH, Cheng SH. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a longitudinal analysis. *Med Care.* 2013;51(3):231-7.
13. Sandlund M, Bremer A, Ågård A, et al. Kontinuitet främjar personligt och professionellt ansvarstagande. *Läkartidningen.* 2017;114:ETH1.
14. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ.* 2017;356:j84.
15. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open.* 2018;8(6):e021161.
16. SOU 2018:39. God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2018.
17. SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2016.
18. Vårdanalys. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015. Rapport 2015:9.
19. Hägg E. Placebo inom medicinen. I: Boström H, Dahlgren H (redaktörer). *Placebo.* Stockholm: Liber/Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2000. p. 20-41.