

Perspektiv på teambaserad rehabilitering samt klinisk forskning och vårdutveckling med relevans för integrativ vård

Tobias Sundberg, Erik Baars

Tobias Sundberg, Karolinska Institutet, Institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Sektionen för omvårdnad, Enheten för studier av integrativ vård, Huddinge. E-post: tobias.sundberg@ki.se.

Erik Baars, Louis Bolk Institute, Driebergen, och University of Applied Sciences Leiden, Leiden, Holland. E-post: baars.e@hsleiden.nl

Den här artikeln ger en introduktion till teambaserad rehabilitering samt klinisk forskning och vårdutveckling med relevans för integrativ vård nationellt och internationellt. Artikeln beskriver begrepp, ger exempel på studier om integrativ vård samt avslutas med en överblick av kunskapsluckor och förslag på framtida forskning av betydelse för fortsatt vårdutveckling och evidensbaserad praktik inom området.

This article provides an introduction to team-based rehabilitation, clinical research and healthcare development with relevance to integrative care nationally and internationally. The article describes concepts, gives examples of studies on integrative care and concludes with an overview of knowledge gaps and suggestions for future research of importance to continued healthcare development and evidence-based practice in the field.

Vad är teambaserad rehabilitering och integrativ vård?

Det finns många olika former och benämningar på teambaserad rehabilitering, det vill säga modeller av vårdssamverkan där olika yrkesgrupper arbetar i team för att samordna och integrera vårdinsatser för patienternas bästa. Ju mer integrerat sådant multidisciplinärt teamarbete är desto vanligare är det att benämningen interdisciplinär vård förespråkas¹. I den svenska hälso- och sjukvården rekommenderas teambaserad vård, vanligen så kallad multimodal reha-

bilitering, särskilt för personer med långvarig och komplex problematik såsom kronisk smärta². Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), den myndighet som utvärderar och rekommenderar behandlingar och metoder som används inom den svenska hälso- och sjukvården, rapporterar att multimodal rehabilitering tycks ge bättre helhetseffekter avseende smärtpatienters förutsättningar för återgång till arbete jämfört med åtgärder som är mindre omfattande eller inga vårdinsatser^{2,3}. Det finns dock många olika varianter

och sammansättningar av multimodala rehabiliteringsprogram och avseende det forskningsbaserade underlaget rapporterar SBU:

*”Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller vilken typ av multimodal rehabilitering som är bäst i dessa avseenden.”*²

SBU beskriver vidare att vård som innehåller beteendemedicinska insatser, det vill säga behandlingar som tar hänsyn till att patientens tankar, beteenden och omgivning kan ha betydelse för behandlingsresultatet, leder till bättre aktivitetsförmåga jämfört med vård som inte inkluderar sådana insatser². En Cochrane-baserad systematisk litteraturgranskning och meta-analys konkluderar att multidisciplinära biopsykosociala vårdinsatser för personer med långvarig smärta i ryggen är effektivare än sedvanlig vård och fysiska behandlingar för att minska smärta och funktionsnedsättning, samt mer effektiva än fysisk behandling, men inte mer effektiva än vanlig vård, för arbetsrelaterade utfall⁴.

Integrativ vård kan beskrivas som en typ av teambaserad vård där konventionella och komplementära terapier integreras på ett koordinerat sätt⁵. Med komplementära terapier avses sådana metoder och hälsostrategier som huvudsakligen har utvecklats och tillämpas utanför den konventionella hälso- och sjukvården och som vanligtvis används för att främja funktion, välbefinnande och livskvalitet samt en hälsosam livsstil men även kan tillämpas för att lindra

olika besvär såsom smärta⁵⁻⁶. Några exempel på vanliga komplementära terapier är yoga, akupunktur, massage och manuella terapier, qigong, meditation, olika musik- och konstnärligt inriktade terapier samt användning av naturläkemedel och kosttillskott. Gemensamt för behandling med komplementära terapier är att de ska ses som ett komplement, därav namnet, och inte som ett alternativ, till sedvanliga skolmedicinska behandlingar⁵. Integrativ vård kan därmed sägas aktivt verka för ett utökat omhändertagande inom vården som både omfattar de pato-anatomiskt inriktade perspektiven och strategierna inom konventionell diagnostik och behandling, kompletterat med individuellt anpassade vårdstrategier som bidrar med funktionsinriktade, förebyggande, sociala och egenvårdsstödjande åtgärder för att främja välbefinnande, livskvalitet och livsstilsförändringar, vilka ofta är huvudkomponenter i komplementära terapier. Argument som har beskrivits för integrativ vård är att den, om den tillämpas på ett strategiskt sätt, kan tänkas identifiera kunskaper och möjliggöra insatser som både adresserar sjukdomsprocesser och lindring av symptom samtidigt som den främjar välbefinnande, livskvalitet och förebyggandet av ohälsa, vilket kan vara av betydelse för utmaningar som vissa typer av patienter och hälso- och sjukvården står inför, såsom ökad förekomst av livsstilsrelaterade och kroniska sjukdomar, en allt äldre befolkning, strategier för hälsosamt åldrande, främjandet av egenvård och optimering av resursutnyttjande inom sjukvården⁷⁻¹⁰.

Behovet av forskning som belyser sådana perspektiv och forskningsfrågor är angeläget. I linje med detta rekommenderar Världshälsoorganisationen länder att utifrån sina medikolegala ramverk skapa förutsättningar för samverkan, integration och forskning inom konventionell, komplementär och integrativ vård⁶. I USA har detta fått stor genomslagskraft och idag har över 70 universitetssjukhus, institutioner och avdelningar enheter för integrativ vård inklusive internationellt topprankade och välrenommerade medicinska universitet som Harvard, Yale, Stanford och UCSF¹¹.

Integrativ vård i Sverige?

I Sverige och Norden har konceptet integrativ vård inte slagit igenom på samma sätt som i USA eller delar av Europa såsom Tyskland och Schweiz. Tidigare undersökningar visar dock att användningen av komplementära behandlingsmetoder såsom massage och akupunktur men även en rad andra metoder är vanligt förekommande i Sverige och Skandinavien¹². I vårt grannland Norge finns det ett statligt finansierat forskningscenter, NAFKAM, som kan bistå vårdgivare och patienter med information om användning och säkerhet avseende komplementära metoder¹³. Denna typ av supportstruktur finns inte på motsvarande sätt i Sverige. I den svenska hälso- och sjukvården är det i mångt och mycket upp till den enskilde verksamhetschefen eller vårdgivaren att besluta om vårdverksamheten ska tillämpa komplementära terapier och i så fall göra en övervägning om detta

är säkert och förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet. Avsaknad av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information och support om säkerhet och användning av komplementära metoder kan ha betydelse för hur olika metoder tillämpas. I den svenska vården finns det en till synes stor variation av hur och vilka komplementära metoder som tillämpas och integreras inom olika delar av sjukhusvården, primärvården, mödrhälsovården, privata vårdgivare och andra hälso- och sjukvårdsaktörer.

Det finns dock ett intressant exempel på ett svenskt sjukhus som erbjuder teambaserad integrativ vård på ett systematiserat sätt baserat på ett internationellt etablerat vårdkoncept. Det är den antroposofiskt inriktade Vidarkliniken söder om Stockholm¹⁴. International Federation of Anthroposophic Medical Associations beskriver att antroposofisk integrativ vård utgår från skolmedicinen vilken utökas med antroposofiska komplementära terapier samt betonar primärprevention genom utbildning, till exempel via livsstilsrådgivning och näring, och därutöver lägger stor vikt på att ta hänsyn till de biografiska och sociala aspekterna av sjukdom, vilket syftar till att främja patientens personliga utveckling, autonomi och delaktighet i läkningsprocessen¹⁵. Vidare rapporteras att antroposofisk integrativ vård har sitt ursprung i Europa, är internationellt väletablerad, praktiseras i över 60 länder runt om i världen, är helt eller delvis integrerat i det allmänna sjukvårdssystemet i flera EU-länder, Schweiz och Brasilien samt praktiseras inom de flesta specialistområden

på sjukhus, universitetssjukhus, antroposofiska medicinska avdelningar och i primärvården^{15,16}. Antroposofisk integrativ vård utövas av legitimerade läkare och utbildning inom antroposofisk medicin bedrivs exempelvis vid universitet i Österrike, Tyskland, Holland, Italien, Lettland, Spanien och Schweiz¹⁵.

Även i Sverige bedrivs antroposofisk integrativ vård av legitimerade läkare och sjuksköterskor vilka, precis som alla övriga legitimerade vårdgivare, står under Socialstyrelsens tillsyn. Vidarkliniken, som grundades 1985 och har bedrivit vård i över 30 år i samverkan med svenska lands- ting, beskriver att den skolmedicinska vården utgör grunden för all vård och rehabilitering som ges på sjukhuset¹⁴. Utöver sin skolmedicinska kompetens har vårdpersonalen genomgått internationellt standardiserad utbildning i antroposofisk medicin vars principer integreras i vårdutövandet. I korthet beskrivs detta innebära att de konventionella principerna och behandlingarna inom skolmedicinen integreras med kunskaper om hur patientens personliga, existentiella och sociala perspektiv kan bemötas vid sjukdom¹⁴. Den antroposofiska integrativa vården anpassar på detta sätt rehabiliteringen med hänsyn till den enskilda patientens unika behov till att omfatta en kombination av konventionella och komplementära terapier såsom skolmedicinska läkemedel, fysikaliska terapier, massage, sjukgymnastik, medicinsk badterapi, kost, näring och naturläkemedel, konstnärliga terapier, modellering, målning samt stödjande samtal i omhändertä-

gandet av patienter¹⁴. Den rapporterade intentionen med den integrativa vården är att bidra med en vård som tar hänsyn till patientens totala livssituation¹⁴. Den antroposofiska integrativa vården bedrivs inom ramen för idéburen och icke vinstdrivande vård där Vidarkliniken är medlem i Riksorganisationen för idéburen vård och omsorg (Famna) tillsammans med andra väletablerade aktörer såsom Svenska Röda Korset^{14,17}. Famna arbetar bland annat aktivt för ökad mångfald och valfrihet inom svensk hälso- och sjukvård och för en ökad samsyn inom politiken för den idéburna vården med målet att främja dess utveckling och tillväxt¹⁷.

Exempel på klinisk forskning

Med hänsyn till den omfattande kliniska tillämpningen och prevalensen av antroposofisk integrativ vård i Europa, med ett stort antal sjukhus och vårdcentraler och tusentals legitimerade läkare, så finns det ett kontinuerligt behov av klinisk forskning för att främja ett evidensbaserat underlag likväl som att kartlägga kunskapsluckor och brist på evidens för denna typ av vård¹⁸. Det finns flertalet exempel på kliniskt relaterade studier som belyser olika aspekter av antroposofisk integrativ vård och forskning¹⁹⁻²⁷. En omfattande internationell litteraturgranskning inom området antroposofisk integrativ vård, baserad på 265 kliniska forskningsrapporter varav 38 randomiserade kontrollerade prövningar, sammanfattar att en mängd studier, även sådana av högre kvalitet, har genomförts inom en rad oli-

ka sjukdomsområden, vanligen med hög extern validitet, överlag positiva resultat, liten risk för biverkningar, hög patienttillfredsställelse med avseende på resultat och säkerhet samt förmodligen till något mindre kostnader²⁸. Ytterligare utvärderingar av hög kvalitet är dock önskvärda²⁸. Studier som vanligen efterfrågas som underlag för informerat och evidensbaserat beslutsfattande är specifika systematiska litteratursammanställningar och meta-analyser baserade på upprepade randomiserade kontrollerade studier. I väntan på sådana mer definitiva studier om kliniska effekter och kostnadseffektivitet har senare års forskning från observationsstudier i Holland bland annat visat att patienter som vårdas av legitimerade läkare som även är utbildade i och använder komplementära terapier såsom antroposofisk integrativ vård tenderar att använda mindre sjukvårdsresurser jämfört med patienter som vårdas av konventionella läkare^{9,10}.

Även i Sverige har studier baserade på olika typer av enkät- och observationsdata genomförts. Resultaten indikerar bland annat att det vanligen är medelålders, välutbildade kvinnor som söker sig till antroposofisk integrativ vård och att den vården tycks kunna hjälpa dem förändra sina levnads- och livsstilsvanor och därmed även deras övergripande hälsa över tid²⁹. Retrospektiva observationsstudier av patienter som erhållit antroposofisk integrativ vård, företrädesvis inom smärt- och stressrehabilitering, visar även på signifikant förbättrad hälsorelaterad livskvalitet och självskattad hälsa efter en vårdperiod, även

om långtidsuppföljning efter utskrivning är svår att utvärdera på grund av låg svarsfrekvens³⁰. Vårdutveckling för att kvalitetssäkra och förbättra förutsättningarna för långtidsutvärdering av antroposofisk integrativ vård rekommenderas. Ytterligare tillbakablickande observationsstudier har utvärderat förändring i läkemedelsförskrivning för patienter med smärt- och stressdiagnoser som vårdats med antroposofisk integrativ vård respektive konventionell vård. Resultaten från dessa studier indikerar att förskrivningen av vissa receptbelagda läkemedel såsom analgetika vid smärta, respektive sömnmedel/lugnande medel vid stressrelaterad ohälsa, tycks kunna minska efter antroposofisk integrativ vård men öka efter konventionell vård^{31,32}. Sådana här observationsbaserade undersökningar kan bidra till hypoteser om förändringar i vissa typer av resursanvändning över tid efter olika typer av vård. Det är även intressant att det tycks finnas viss samstämmighet mellan observationer gjorda i Holland och Sverige. På grund av den retrospektiva observationsbaserade designen går det dock inte att uttala sig om kausalitet, eller orsakssamband, i de holländska eller svenska studierna. Så även om det finns en till synes positiv trend i minskad resursanvändning, att livskvalitet verkar förbättras över tid och att förskrivning av vissa läkemedel tycks kunna minska för vissa patienter så går det inte entydigt att säga att orsakerna till dessa observationer helt eller delvis beror på den integrativa vården utan det kan även finnas andra orsaker som bidrar. Olika behand-

lingsåtgärder och strategier för hur patienter omhändertas inom integrativ respektive konventionell vård kan vara bidragande orsaker till observerade skillnader, men även andra och okända variabler, så kallade confounders, såsom patienters sjukdomsgrad och behandlingspreferenser mellan de som söker sig till antroposofisk respektive konventionell vård kan vara bidragande. Begränsningar i de svenska observationsstudierna var till exempel att det saknades information om svårighetsgraden av patienternas sjukdomar, det vill säga sjukdomsintensitet och sjukdomsduration, vilket kan påverka behov och användning av resurser. Relaterat till detta så har nyligen publicerad forskning baserat på representativt befolkningsunderlag av medelålders kvinnor i Australien, visat att just graden av sjukdomsintensitet, i detta fall smärta, kan påverka vilka vårdgivare och i vilken ordning personer med smärta söker hälso- och sjukvård, ju allvarligare symptom och grad av smärta desto mer sannolikt att personer i första hand söker sig till konventionell vård, medan personer med mindre allvarlig smärta sannolikt utforskar en rad olika behandlingsalternativ inklusive komplementära terapier³³. Detta skulle även kunna vara en bidragande orsak till observerade skillnader i användning och behov av sjukvårdsresurser för smärtpatienter i Sverige.

Mer forskning behövs

I tillägg till ovanstående exempel som tyder på att antroposofisk och integrativ vård kan vara kliniskt effektiv

och bidra till minskade kostnader inom vissa områden så är det viktigt att poängtera att det även finns observationsstudier med motstridiga resultat som rapporterar att användning av komplementär behandling kan sammanfalla med högre kostnader och ökad vårdlängd^{34,35}. En systematisk litteraturgranskning av hälsoekonomiska utvärderingar visade att i 29% av jämförelserna som baserades på 56 studier av högre kvalitet sågs hälsoförbättringar med kostnadsbesparingar för komplementär/integrativ vård jämför med vanlig konventionell vård³⁶. Detta motiverar ytterligare forskning för att bättre förstå på vilket sätt, i vilka sammanhang och för vilka typer av patienter som olika typer av integrativ vård kan vara kliniskt effektiv och kostnadseffektiv jämfört med annan vård. Ett hälsoekonomiskt argument för att inkludera integrativ vård och patienters användning av komplementära terapier i beräkningar av vårdkostnader, behandlingseffekter och kostnadseffektivitet, är att det sammantagna innehållet i sådan integrerad vård kan tänkas bidra till utvecklingen av vårdstrategier som betonar hälsofrämjande, egenvårdande och personligt anpassade livsstilsinterventioner, det vill säga komponenter som var för sig och gemensamt kan förväntas sänka vårdbehov och vårdkostnader över tid³⁷. Med hänsyn till sådana argument finns det ett fortsatt behov av forskning och vårdutveckling som belyser både utmaningar och möjligheter avseende samverkan och integration mellan olika yrkesprofessioner, patienters egenvård och användning-

en av komplementära behandlingar inom och utom vården. Fler högkvalitativa studier behövs även för att i ökad grad kunna kontextualisera och skraddarsy klinisk relevant implementering av komplementär och integrativ vård i olika miljöer för olika patientgrupper, kanske i synnerhet prospektiva kliniska studier som svarar på forskningsfrågor om eventuella kostnadseffekter och besparingar över längre tidsperspektiv. Sådana hälsoekonomiska utvärderingar utgör en allt viktigare del av beslutsfattandet inom hälso- och sjukvården. Samverkan i vårdteam ger möjlighet för konventionella och komplementära vårdgivare, hälsoekonomer och andra intresserade forskare att tillsammans arbeta för att vidareutveckla ekonomisk utvärdering inom integrativ vård³⁸. Ytterligare forskning inom dessa områden behövs. Både prospektiva kliniska observationsstudier i olika kontext, sådan forskning pågår för närvarande i Sverige, men även pragmatiskt inriktade randomiserade kontrollerade prövningar, för att ytterligare kunna utforska eventuella orsakssamband mellan olika former av integrativ vård, hälsoförbättringar, förändrat resursutnyttjande och andra relevanta utfallsmått inom hälso- och sjukvården.

Evidensbaserad praktik och klinisk vårdutveckling

Kontinuerligt forsknings- och utvecklingsarbete är den viktigaste vägen framåt för evidensbaserat beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Forskning inom hälso- och

sjukvården bedrivs inom många olika områden, från kartläggning av biologiska verkningsmekanismer på cellnivå till utvärdering av policybeslut och vårdriktlinjer på samhällsnivå. Principerna för evidensbaserad medicin och evidensbaserad praktik fyller här viktiga roller inom hälso- och sjukvården^{39,40}. Men trots införlivandet av dessa koncept i vården, varvid företrädesvis terapier med evidens från systematiska litteraturstudier och metaanalyser av blindade randomiserade kontrollerade studier omfattande säkerhet och (kostnads)effekter bör accepteras in i vården, föreligger fortsatt ett stort antal kunskapsluckor avseende vad som fungerar eller inte fungerar bland alla de behandlingsmetoder och vårdinsatser som dagligen används inom vården, detta gäller inte minst avseende komplext sammansatta hälso- och sjukvårdsinterventioner^{2,41,42}. Forskning som fokuserar på biologiska effektmått och förklaringsmodeller har av tradition dominerat inom medicinen. Sådana vanligen randomiserade och placebokontrollerade studier är naturligtvis av yttersta vikt och kan vara helt avgörande för att till exempel utvärdera biologiska effekter av läkemedel vid specifika sjukdomstillstånd. Studier med sådan design kan dock vara svåra att fullt ut uppnå i klinisk interventionsbaserad forskning som involverar komplexa vårdinsatser, då dessa med hänsyn till bland annat interventionernas karaktär och tillämpning oftast inte kan uppfylla alla kriterier på exempelvis blindning av deltagande patienter och vårdgivare eller användning av placebokontrollerad behandling.

Forskare har därför föreslagit att utvärdering av sådana komplexa studier bör omfatta bredare utvärderingsperspektiv, inklusive ytterligare utfallsmått utöver de biologiska kvantitativa och grad av symtomlindring, speciellt vid kliniska studier av interventioner med forskningsfrågor som inriktar sig på funktionsförmåga, välbefinnande och livskvalitet, vilket ofta är fallet med komplementär och integrativ vård^{43,44}. Konventionell och integrativ vård har många gemensamma drag avseende klinisk vårdutveckling, vilket också kan vara av värde att ta hänsyn till i forskning. Några sådana likheter mellan konventionell och integrativ vårdutveckling är den ökande användningen av komplexa vårdinsatser⁴⁵⁻⁴⁷; utvecklingen av ”personalized medicine”, det vill säga en ökad individualisering av vården utifrån exempelvis kön, ålder, och andra karaktäristika^{48,49}, integreringen av professionell expertis och kliniskt bedömning i tillägg till objektiva medicinska mätvärden inom olika områden av klinisk praxis^{49,50}; ökat fokus på delat beslutsfattandet mellan patienter och vårdgivare^{49,51} samt den ökade graden av hänsyn till patientens preferenser och autonomi; ett utökat helhetsperspektiv på hälsa^{8,52}; samt betydelsen av pragmatiskt inriktade kliniska prövningar och integreringen av andra typer av studiedesign som grund för evidens och beslutsfattande inom hälso- och sjukvården^{44,47,49,53,54}.

Kunskapsluckor och framtida forskning

En viktig uppgift inom forskning är att identifiera vetenskapliga kunskapsluck-

or avseende otillräckligt utvärderade metoder inom hälso- och sjukvården⁴². Det finns idag en mängd identifierade kunskapsluckor inom teambaserad, multi- och interdisciplinär rehabilitering. SBU har till exempel beskrivit kunskapsluckor med relevans för svensk hälso- och sjukvård där ytterligare forskning behövs för att förbättra det evidensbaserade underlaget för icke-farmakologisk behandling av långvarig smärta². Flertalet sådana kunskapsluckor kan ha relevans för framtida forskning och vårdutveckling både inom konventionell och integrativ teambaserad vård, till exempel:

- Vilka behandlingar, vårdgivare och andra komponenter karaktäriserar den multidisciplinära/interdisciplinära/multimodala/integrerade vården? Det behövs mer forskning som beskrivningar olika modeller av komplexa och integrerade rehabiliteringsprogram.
- Hur mycket bidrar olika komponenter i vården/vårdprogrammen till den totala behandlingseffekten och vilka ytterligare delar eller faktorer kan integreras och varieras för att förändra effekterna i positiv riktning?
- Jämförbarhet och generaliserbarhet mellan olika studier, länder, patientgrupper och vårdkontext? Flertalet variabler och utfall behöver beläggas ytterligare för att klargöra detta, exempelvis patienters vårdsökande, vårdpreferenser, sjukdomsintensitet, symptomduration, fysisk funktionsförmåga, ADL- och arbetsförmåga, kliniska symtom, skattning av förbättring och vårdtillfredsställelse.

- Vilken eventuell betydelse har den specifika vårdorganisationen och de vårdrutiner som används för patientens rehabilitering? Hur ser de medikolegala ramverken ut? Det är ett stort behov av att utforska hur dessa påverkar både sammansättning av team och resultat av olika vårdinsatser för personer med kroniska besvär som långvarig smärta.

- Är multidisciplinära och integrativa vårdinsatser kostnadseffektiva? Utifrån vilka perspektiv? Olika hälsoekonomiska utvärderingar av komplexa hälso- och sjukvårdsinterventioner behövs som komplement till kliniska behandlingsutfall.

- Hur tillämpas olika former av teambaserad och integrativ vård i klinisk praxis? Vilka svårigheter respektive möjligheter finns på olika nivåer i vårdkedjan sett utifrån vårdgivar-, patient- respektive beslutsfattarperspektiv?

- När, var och hur är det motiverat att erbjuda integrativ vård? Det vill säga för vilka patientgrupper, besvär och sjukdomar och under vilka förutsättningar och på vilket sätt?

- Vilka kombinationer av utfallsmått ska prioriteras vid komplexa hälso- och sjukvårdsinterventioner inom multidisciplinär och integrativ vård?

Med hänsyn till ovanstående har samordnade insatser för kvalitetssäkring och forskning blivit allt viktigare för fortsatt vårdutveckling och utvärdering av klinisk vårdverksamhet. Sådant kvalitetsarbete kan delvis göras

av enskilda vårdgivarteam på kliniknivå men i allt ökande grad eftersträvas både i Sverige och andra länder att samverka och koordinering av sådant arbete görs på nationell nivå. Ett positivt exempel på sådant kvalitetssäkringsarbete som pågår i Sverige är satsningen på att bygga upp och använda kvalitetsregister inom vården.

I den svenska rapporten Nationella medicinska indikationer för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta anges det som en vårdgivarrelaterad förutsättning att vårdenheten också rapporterar till ett sådant register³. Samverkan på detta sätt kan antas optimera insatser och spara resurser samtidigt som kvalitetssäkringen av det egna klinikarbetet och utvärderingen av detta underlättas till ringa kostnad. Genom att vara med i och påverka utvecklingen av sådana satsningar kan vård på lika villkor för både patienter och vårdgivare lättare uppnås liksom forskning som främjar beslutsfattande om hur olika vårdgivare på bästa sätt kan samverka och hur olika metoder optimalt kan integreras för att leverera evidensbaserad, säker, effektiv och kostnadseffektiv god vård i vardagen för patienternas bästa.

Referenser

- Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *Am Psychol.* 2014;69(2):119-130. doi:10.1037/a0035514.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010.
- Nationella medicinska Indikationer, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. Nationella Medicinska Indikationer: Indikation För Multimodal Rehabilitering Vid Långvarig Smärta.; 2011. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-multimodal-rehabilitering.pdf>. Accessed February 10, 2017.
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2015;350:h444. doi:10.1136/bmj.h444.
- The National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? NCCIH. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. Published 2017. Accessed February 10, 2017.
- World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023.; 2013.
- Maizes V, Rakel D, Niemiec C. Integrative medicine and patient-centered care. *Explore N Y N.* 2009;5(5):277-289. doi:10.1016/j.explore.2009.06.008.
- Baars E. Evidence-based curative health promotion: a systems based biology-orientated treatment of seasonal allergic rhinitis with citrus/cydonia comp. Wagening Univ Wagening. 2011.
- Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ.* 2012;13(6):769-776.
- Baars EW, Kooreman P. A 6-year comparative economic evaluation of healthcare costs and mortality rates of Dutch patients from conventional and CAM GPs. *BMJ Open.* 2014;4(8):e005332.
- Academic Consortium for Integrative Medicine & Health. Academic Consortium for Integrative Medicine & Health. <https://www.imconsortium.org/>. Published 2017. Accessed February 10, 2017.
- Hanssen B, Grimsgaard S, Launsø L, Fønnebo V, Falkenberg T, Rasmussen NK. Use of complementary and alternative medicine in the scandinavian countries. *Scand J Prim Health Care.* 2005;23(1):57-62. doi:10.1080/02813430510018419.
- Velkommen til NAFKAM – UiT. https://uit.no/om/enhet/forsiden?p_dimension_id=88112. Published 2017. Accessed February 10, 2017.
- Vidarkliniken. <http://www.vidarkliniken.se/>. Published 2017. Accessed February 10, 2017.
- International Federation of Anthroposophic Medical Associations. Anthroposophic Medicine (IVAA). <https://www.ivaa.info/anthroposophic-medicine/>. Published 2017. Accessed February 10, 2017.
- Kienle GS, Albonico H-U, Baars E, Hamre HJ, Zimmermann P, Kiene H. Anthroposophic Medicine: An Integrative Medical System Originating in Europe. *Glob Adv Health Med.* 2013;2(6):20-31. doi:10.7453/gahmj.2012.087.
- Riksorganisationen för idéburen vård och omsorg - Famna. Famna | Riksorganisationen för idéburen vård och omsorg. 2017. <http://www.famna.org/>. Accessed February 10, 2017.
- Ernst E. Anthroposophic medicine: a critical analysis. *MMW Fortschr Med.* 2008;150 Suppl 1:1-6.
- Kienle GS, Kiene H, Albonico HU. Anthroposophic medicine: health technology assessment report - short version. *Forsch Komplementärmedizin* 2006. 2006;13 Suppl 2:7-18. doi:10.1159/000093481.
- Hamre HJ, Kiene H, Kienle GS. Clinical research in anthroposophic medicine. *Altern Ther Health Med.* 2009;15(6):52-55.

21. Büssing A, Ostermann T, Majorek M, Matthiesen PF, Eurythmy Therapy in clinical studies: a systematic literature review. *BMC Complement Altern Med.* 2008;8:8. doi:10.1186/1472-6882-8-8.
22. Hamre HJ, Glockmann A, Tröger W, Kienle GS, Kiene H. Assessing the order of magnitude of outcomes in single-arm cohorts through systematic comparison with corresponding cohorts: an example from the AMOS study. *BMC Med Res Methodol.* 2008;8:11. doi:10.1186/1471-2288-8-11.
23. Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. Anthroposophic medical therapy in chronic disease: a four-year prospective cohort study. *BMC Complement Altern Med.* 2007;7:10. doi:10.1186/1472-6882-7-10.
24. Hamre HJ, Becker-Witt C, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. Anthroposophic therapies in chronic disease: the Anthroposophic Medicine Outcomes Study (AMOS). *Eur J Med Res.* 2004;9(7):351-360.
25. Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, et al. Outcome of anthroposophic medication therapy in chronic disease: a 12-month prospective cohort study. *Drug Des Devel Ther.* 2009;2:25-37.
26. Simões-Wüst AP, Kummeling I, Mommers M, et al. Influence of alternative lifestyles on self-reported body weight and health characteristics in women. *Eur J Public Health.* 2014;24(2):321-327. doi:10.1093/eurpub/ckt045.
27. Wälchli C, Saltzwedel G, Krüerke D, et al. Physiologic effects of rhythmical massage: a prospective exploratory cohort study. *J Altern Complement Med N Y N.* 2014;20(6):507-515. doi:10.1089/acm.2012.0833.
28. Kienle GS, Glockmann A, Grugel R, Hamre HJ, Kiene H. Clinical research on anthroposophic medicine: update of a health technology assessment report and status quo. *Forsch Komplementmed.* 2011;18(5):269-282. doi:10.1159/000331812.
29. Arman M, Hammarqvist A-S, Kullberg A. Anthroposophic health care in Sweden - a patient evaluation. *Complement Ther Clin Pract.* 2011;17(3):170-178. doi:10.1016/j.ctcp.2010.11.001.
30. Sundberg T, Falkenberg T. Using hospital data and routines to estimate costs and effects of integrative care programmes for chronic pain and stress disorders--a feasibility study. *Forsch Komplementarmedizin* 2006. 2014;21(3):164-170. doi:10.1159/000363635.
31. Sundberg T, Hussain-Alkhateeb L, Falkenberg T. Usage and cost of first-line drugs for patients referred to inpatient anthroposophic integrative care or inpatient conventional care for stress-related mental disorders--a register based study. *BMC Complement Altern Med.* 2015;15:354. doi:10.1186/s12906-015-0865-3.
32. Sundberg T, Petzold M, Kohls N, Falkenberg T. Opposite drug prescription and cost trajectories following integrative and conventional care for pain--a case-control study. *PLoS One.* 2014;9(5):e96717. doi:10.1371/journal.pone.0096717.
33. Sibbritt D, Lauche R, Sundberg T, et al. Severity of back pain may influence choice and order of practitioner consultations across conventional, allied and complementary health care: a cross-sectional study of 1851 mid-age Australian women. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17(1):393. doi:10.1186/s12891-016-1251-0.
34. Heinz J, Fiori W, Heusser P, Ostermann T. Cost Analysis of Integrative Inpatient Treatment Based on DRG Data: The Example of Anthroposophic Medicine. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM.* 2013;2013:748932. doi:10.1155/2013/748932.
35. Ostermann JK, Reinhold T, Witt CM. Can Additional Homeopathic Treatment Save Costs? A Retrospective Cost-Analysis Based on 44500 Insured Persons. *PLoS One.* 2015;10(7):e0134657. doi:10.1371/journal.pone.0134657.
36. Herman PM, Poindexter BL, Witt CM, Eisenberg DM. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open.* 2012;2(5):e001046.
37. Ostermann T, Baars E, McDaid D. Time to stand up and be counted: The need for an economic case for investment. *Complement*

- Ther Med. 2016;27:137-138. doi:10.1016/j.ctim.2016.06.008.
38. Ford E, Solomon D, Adams J, Graves N. The use of economic evaluation in CAM: an introductory framework. *BMC Complement Altern Med.* 2010;10:66. doi:10.1186/1472-6882-10-66.
 39. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, al. et. Evidence based medicine. What it is and what it isn't. *Br Med J.* 1996;312:2.
 40. Socialstyrelsen. Om evidensbaserad praktik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
 41. BMJ. What conclusions has Clinical Evidence drawn about what works, what doesn't based on randomised controlled trial evidence? <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>. Published 2013.
 42. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Vetenskapliga kunskapsluckor – otillräckligt utvärderade metoder och insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. <http://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/>. Published 2017. Accessed February 10, 2017.
 43. Verhoef MJ, Vanderheyden LC, Dryden T, Mallory D, Ware MA. Evaluating complementary and alternative medicine interventions: in search of appropriate patient-centered outcome measures. *BMC Complement Altern Med.* 2006;6.
 44. Walach H, Falkenberg T, Fønnebo V, Lewith G, Jonas WB. Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Med Res Methodol.* 2006;6:29.
 45. Fønnebo V, Grimsgaard S, Walach H, et al. Researching complementary and alternative treatments—the gatekeepers are not at home. *BMC Med Res Methodol.* 2007;7:7.
 46. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2008;337:a1655.
 47. Fischer HF, Junne F, Witt C, et al. Key issues in clinical and epidemiological research in complementary and alternative medicine—a systematic literature review. *Forsch KomplementärmedizinResearch Complement Med.* 2012;19(Suppl. 2):51-60.
 48. Joyner MJ, Paneth N. Seven questions for personalized medicine. *Jama.* 2015;314(10):999-1000.
 49. Kienle GS, Albonico H-U, Fischer L, et al. Complementary therapy systems and their integrative evaluation. *Explore J Sci Heal.* 2011;7(3):175-187.
 50. Daston LJ, Galison P. *Objectivity.* New York; Cambridge, Mass.: Zone Books; 2007.
 51. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med.* 2012;366(9):780-781.
 52. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ.* 2011;343.
 53. May AM, Mathijssen J. Alternatieven voor RCT bij de evaluatie van effectiviteit van interventies? 2015.
 54. Thorpe KE, Zwarenstein M, Oxman AD, et al. A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *J Clin Epidemiol.* 2009;62:464e475.