Landsorganisationen NaturSundhedsrådet

# Årsrapport 2024 om KABalen:
# Dokumentation af behandlingernes effekt
# og styring af klinikkernes kvalitet i KAB

**KAB står for komplementær og alternativ behandling**

**En lang række kendte behandlingstyper rubriceres under KAB.**

**herunder bl.a. akupunktur, tankefeltterapi, healing**

**Projektet er et initiativ med udspring i**

**Landsorganisationen NaturSundhedsrådet, LNS.**

**Fra LNS bestyrelsen, redaktion Mogens Ehrich, nytår 2025**

**Godkendt ved bestyrelsesmøde d. 6-1-2025**

## Forord ved formanden for LNS, Annette Kurtzmann

LNS har siden sin oprettelse i 1979 taget del i flere væsentlige nyskabelser for KAB, blandt andet oprettelsen af SRAB*, etableringen af NaturBalanceHusene* og implementeringen af ISO 9001-certificering.

Nu tager vi endnu et vigtigt skridt ved at igangsætte en forskningskampagne, der skal føre til dokumentation af effekten af alternativ og komplementær behandling. Forberedelserne har krævet en stor indsats. Mogens Ehrich har gennem mange år arbejdet med at udvikle en forskningsmodel, og Michael Brown har bidraget med udviklingen af det IT-redskab, der skal understøtte dokumentationen. Men arbejdet står over for udfordringer. Der er behov for handling nu, hvis projektet skal realiseres og videreudvikles.

For at dette kan lykkes, er det nødvendigt, at alternative behandlere tager projektet til sig og aktivt deltager i dataindsamlingen. Uden deres indsats står projektet ikke på egne ben. Samtidig er det vigtigt at anerkende, at mange behandlere allerede er pressede i deres daglige arbejde, og at denne ekstra opgave kan føles som en belastning. Vi står i en situation, hvor det på sigt vil gavne behandlernes virke, hvis KAB får den plads og anerkendelse, det fortjener. Det kræver dog, at vi handler hurtigt.

Den teknologiske udvikling og lovgivningen ændrer sig løbende, og der er en risiko for, at programstrukturen forældes i forhold til lovgivningen, inden den bliver bragt tilstrækkeligt i spil, og vi ved, at Mogens ikke selvstændigt kan følge med, hvis han ikke får hjælp. Hvis IT-systemet og arbejdsgangen tages i brug snart og viser sit værd, så har vi en begrundelse for at skaffe Mogens relevant hjælp, når det bliver nødvendigt, og i mellemtiden har vi fået forskning.

Projektets fremtid afhænger af, hvor hurtigt vi kan implementere det og vise dets værdi. Med den rette indsats nu kan vi skabe et stærkt fundament for fremtiden. Hvis vi tøver, risikerer vi, at dette initiativ ikke får den chance, det fortjener.

## KABalens formål og første sigtepunkter

Formålet er at løfte KAB til samme niveau af evidens for behandlingseffekt og kvalitetssikring efter international standard, som landets autoriserede sundhedsvæsen har.

Det er forståelsen i LNS, at samfundets opfattelse af KAB er, at det omfatter behandlingsmetoder med en tvivlsom effekt, som formidles af behandlere med en problematisk orden i tanker og ting. Sådan ser vi KAB behandlere ikke selv på det.

Det første sigtepunkt er at præsentere samfundet for statistisk eftervist behandlingseffekt hos nogle behandlingstyper. Håbet er derved at bryde samfundets herskende opfattelse og vække en hidtil savnet respekt for KAB.

Et andet sigtepunkt er at vise, at også KAB-klinikker generelt godt kan opnå en ISO 9001 kvalitetscertificering af deres virke.

---

SRAB står for Sundhedsstyrelsens Råd for Alternativ Behandling. Bestyrelsesmedlem i LNS Casper Caspersen aftalte efter det foreliggende etableringen med Sundhedsstyrelsens Michael von Magnus. LNS hed LNF dengang.

Et medlem af LNF Lars T. Mikkelsen tog initiativ til oprettelsen af NaturBalanceHusene, Foreningen blev stiftet i feb. 1987. Lars blev siden formand for LNS i ti år. Et NaturBalanceHus holdt typisk et månedligt offentligt møde, hvor enhver kunne få en prøve-alternativ behandling. De toppede med 25 aktive naturbalancehuse i landets største byer. Søgningen var stor indtil alle interesserede i området kendte alternativ behandling, Der er nu kun to huse tilbage.

# Om kvalitetsstyringen

## Forhistorien

I 2005 var Poul Feilberg formand for LNS. Hans firma bistod andre firmaer med at opnå certificering efter en relevant international standard. Han sørgede for, at LNS blev certificeret efter den internationale standard ISO 9001 om kvalitet i virksomhedens administration.

Derved fik LNS et så overbevisende løft i styringen af sine gøremål, at bestyrelsen har ønsket at fastholde certificeringen lige siden. Det kræver en årlig auditering ved en ekstern professionel auditør, som typisk varer en arbejdsdag. Det foregår topkvalificeret, men prisen for det på lidt over eller under 20.000 kr/år. er mange penge for LNS.

I 2021 valgte medlemsklinikken Sorø Smertebehandling at blive certificeret under ISO 9001, ligesom LNS, og det forløb uden andre problemer end et tidsforbrug og en faktura.

Ugeskrift for Læget skrev i 2019, hvad man vil med kvalitetsstyring i det autoriserede, og hvis ordet sundhedsvæsenet udskiftes med KAB, udtrykker det vist helt perfekt formålet i LNS og medlemsforeninger:

*Formålet med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er på evidensbaseret grundlag systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af ydelserne. Herudover har kvalitetsudvikling til formål at sikre transparens om sundhedsvæsenets ydelser. Desuden tilvejebringes der grundlag for ledelse og styring til alle ledelsesmæssige niveauer i sundhedsvæsenet ud fra den dokumentation, der produceres som led i kvalitetsudviklingen.*

Sundhedsvæsenet havde penge nok til at effektuere det, men hos os i KAB-sektoren er viljen i top og betalingsevnen i bund.

## Tilbuddet fra LNS

LNS har udviklet et IT-systemet, der ved at tilbyde en registreringsramme for de to slags dokumentation, der skal være paratviden ved en auditering, letter klinikkernes forberedelsesarbejde. Den ene slags er de relevante skrifter, såsom kontrakter, liste over leverandører, valgte politikker osv. Den anden er de mål, klinikken hvert år sætter for det, man ønsker at nå det kommende år. Når året er gået, registrerer den ansvarlige for hvert mål, om det er nået helt eller delvist, og hvordan det skal tilpasses for det kommende år. Klinikkerne skal bare udfylde IT-systemets ramme og sparer tid ved ikke at skulle tænke og forstå på forhånd.

LNS har brugt rammeprogrammellet i to år og været meget tilfreds med det, fordi det var nemt. Det er under tilretning, så det på samme vis kan betjene et større antal klinikker eller medlems-foreninger, men efter bestyrelsesmedlemmet Michael Browns død i oktober 2024 er der ikke nogen til at give support. Lige nu er det desværre ikke realistisk at foreslå flere at tage det i brug.

Når eller hvis det problem bliver løst, har klinikkerne et betalingsproblem ift. at blive auditeret og dermed ISO-certificeret. LNS får en udfordring i at guide de tilmeldte klinikkers IT-arbejde. Hvis det økonomiske bliver ubærligt, kan løsningen blive, at en klinik nøjes med forarbejdet og auditeres af et LNS-medlem. Sådan gjorde det autoriserede sundhedssystem, da det i 2005 begyndte at kvalitetscertificere alle sine enheder og klinikker. Man oprettede Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) med den opgave at levere rådgivning og auditører. Det fungerede som ønsket, så måske vi også kan.

# Om forskningen

## Historien bag projektet

I 2016 ansøgte Mogens Ehrich (civilingeniør PhD) assisteret af forskerne John Boel (verdensberømt akupunktør), Gitte Retbøll (børne- og ungdomspsykiater, tidligere overlæge) og Anja Funder (MSc i Advanced Oriental Medicine - Research and Practice) om en million kr. fra en forskningspulje under Sundhedsstyrelsen. Formålet var at skabe et forskningsmiljø egnet på nøjere specificeret vis for forskning i alternativ behandling. Pengene kunne kun ansøges af patientforeninger, så den formelle ansøger var patientforeningen Tidslerne og patientforeningen Kræftens forebyggelse.

Overraskende blev pengene bevilget, men da forbruget af dem begyndte, viste det sig, at de to formænd for patientforeningerne desværre ikke havde samme forståelse af projektet som de aktive medarbejdere. Efter nogen drøftelse besluttede de at levere pengene tilbage til Sundhedsstyrelsen.

Mogens, John, Gitte og Anja besluttede imidlertid at forsøge at gennemføre projektet alligevel, og det har de nu gjort. De har skabt et IT-redskab til klinikkerne, som anvendes via domænet gladeklienter.dk.

Undervejs har Michael Brown været en uvurderlig hjælper for Mogens til programmeringen, mens John, Gitte og Anja har brugt og testet funktionerne efterhånden som de blev programmeret.

## Det LNS tilbyder

Der er programmeret et IT-system, der styrer udsendelse af spørgeskemaer til klinikkernes klienter, og arkiverer deres besvarelser. Aktiviteten hører under journalføring, og formålet hedder produktionskontrol. Det således registrerede kan afsløre den effekt på klienternes sundhed, som behandlingerne har. Det kan godt kaldes forskning, selvom det er et biprodukt til produktions-kontrollen. For nemheds skyld hedder det forskning i resten af rapporten.

Samme IT-system er ramme for medlemsregistreret for LNS og for medlemsregisteret for medlemsforeningen DETT . Supplerende registrerer det de klinikker fra andre medlemsforeninger, som ønsker at deltage. At det sker i samme IT-system gør det let for flere klinikker at samarbejde om at demonstrere effekten af en given behandlingstype.

Hospitalsforskning arrangeres typisk på en anden måde, nemlig som en ***supplerende*** registrering til journalføringen. Man arrangerer en registrering af alle patienter med en given lidelse samt deres behandling. Hvis behandlingen ændres af hensyn til forskningen, kan det kræve en tilladelse fra en videnskabsetisk komite. Det er nyttigt at notere sig, at det ikke er det, vi gør, for formelt gør det en stor forskel. Vi registrerer kun det, der på normal vis sker i klinikkerne og ændrer ikke behandlingen af hensyn til forskningen. Formelt gør det ingen forskel, at vi regner lidt statistik på det bagefter. Hvis registreringen fører frem til, at alle klienter med en given lidelse og deres behandling registreres, så er det formelt set blot en sideeffekt af journalføringen. Derved kan vi erfare effekten af behandlingerne og få nyttige erfaringer om arbejdsgangen og samarbejdet mellem klinikkerne.

På den måde opnår vi den publiceringsværdige grundlæggende erfaring om effekten af KAB, som både vi selv, klienterne, lægestanden og politikerne efterlyser. Det bliver en beskrivelse af dagligdagens KAB-resultater, og det er ikke højtprofileret forskningsmetode med randomisering og kontrolgruppe, for det har vi ikke viden nok til at kunne planlægge. På sigt kan vi nok få det, også med samme IT-system, men også vi må ”kravle før vi kan gå”.

Der eksisterer ikke nogen forskningskultur i KAB-sektoren, men der er ikke andet i vejen for, at den kan skabes, end at vi beslutter at gøre det og faktisk gør det. Når KAB-sektoren kan eksistere til dels i konkurrence med et gratis sundhedssystem, er det vanskeligt at tro på andet end en bragende succes.

## Om den forskning, vi har nået

John, Gitte og Anja har under udviklingen alle oplevet, at deres klienter var meget villige til at besvare spørgeskemaer, og at teknikken i IT-systemet gladeklienter.dk var egnet. Gitte har brugt administrationen af spørgeskemaer til løbende produktionskontrol, mens Anja og John hver har gennemført et miniprojekt, eller et tema, som vi kalder det.

### Johns projekt:

I 2022 udsendte John i sit netværk en invitation til personer med slidgigt i knæene. Han ville undersøge, om hans særlige variant af akupunktur kunne have en gunstig effekt på smerterne. Elleve personer responderede, og otte af dem besluttede at takke ja til Johns gratis behandlingstilbud.

John sendte dem ved hjælp af projektets IT-system et spørgeskema før behandlingen startede og samme skema igen efter behandlingsforløbet. Svarene i det anvendte spørgeskema kunne tælles sammen til en score, hvor 0 betyder ingen smerter og 20 betyder maksimale smerter. Svarene ses i nedenstående tabel.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Score før start | 2 | 12 | 1 | 8 | 3 | 8 | 1 | 4 |
| Score efter slut | 2 | 1 | 0 | 10 | 2 | 1 | 0 | 5 |
| Effektmål | 0 | 11 | 1 | -2 | 1 | 7 | 1 | -1 |
| P-værdi | 0.433 | 0.000 | 0.500 | 0.226 | 0.334 | 0.004 | 0.500 | 0.307 |

Forskellen mellem startscore og slutscore kalder vi effektmålet. P-værdien er sandsynligheden for at observere en forskel i scores, der er så stor eller større, hvis der i virkeligheden ingen forskel er. Vi ser en P-værdi på 0.004 og en på 0.000, som er så små, at vi kalder forskellen i scores statistisk signifikante. Anderledes sagt kan effekten af de to behandlinger tæt på umuligt måles så stor, hvis der ingen effekt er. Vi kan derfor se det som sikkert, at behandlingen virkede på de to klienter. Ved alle de andre behandlinger er p-værdien over 0,2, og så er det kutyme at mene, at forskellen mellem før- og efterscore sagtens kan være en tilfældig afvigelse fra ingen forskel.

Et effektmål mellem -2 og +2 kan altså godt opfattes som en tilfældig ændring, som man ikke bør lægge vægt på. Af de tre mest smerteplagede var der to, der blev signifikant bedre, og en, der slet ikke blev bedre. Fem havde så få gener fra start, at de umuligt kunne få det signifikant bedre. De to med negativt effektmål blev ikke så meget værre, at det ikke kan være tilfældige udsving fra ingen effekt, men de kan umuligt være udtryk for en positiv effekt.

Konklusionen af den statistiske vurdering bliver derfor, at behandlingen virker på nogen, og at der er andre, den ikke virker på. Det ville derfor være en metodefejl at udregne et gennemsnit af behandlingseffekten.

Det er et interessant forskningsresultat, at akupunktur kunne gøre stærkt handikappede personer næsten smerteferie. John mener, at en opfølgende akupunktur en gang om måneden vil kunne vedligeholde effekten for de to, det virkede på. Såvidt vides er standardbehandlingen af denne lidelse at indoperere et kunstigt knæled, og den operation kan altså spares hos nogen.

Det kan også være et betydningsfuldt forskningsresultat, at der er forskel på, hvordan den alternative behandling virker på folk. Det inspirerer til at søge efter en årsag til det. Men et så lille materiale er alt for sårbart for tilfældigheder til, at det er forsvarligt at bygge konklusioner på det. Det kan give gode ideer til nøjere afprøvning, og det gør det jo i så høj grad, at redaktionen af årsrapporten må insistere på, at John snarligst gentager projektet. Hvis han igen finder det resultat, at behandlingen virker på nogen, har han et interessant resultat at publicere, for det kan spare nogen for en operation. Hvis han igen observerer, ar der er andre, det slet ikke virker på, har han endnu et interessant resultat, som også skeptikere naturligt bør interessere sig for.

**Gittes projekt:**

Gitte udtaler: Mine børne- og ungdomspsykiatriske behandlingsforløb kan være meget langvarige. Da de også kan være meget forskellige, forsøger jeg ikke at samle et datamateriale af klienter med ensartede problemer.

Jeg beder alle klienterne om at besvare flere relevante, og især for et af skemaernes vedkommende temmelig langt, spørgeskemaer ved start og igen nogle gange undervejs. Selvom jeg laver aftale med familierne ved starten om at udfylde skemaer igen ved afslutning af forløbet, er en spørgeskemabesvarelse ved slut ikke altid opnåelig. Sluttidspunktet kan nemlig bestå i, at klienten holder op med at komme, og derfor opdages det først bagefter, at forløbet var slut.

Jeg bruger altså forskningsfremgangsmåden til at dokumentere mit virke.

Nogle forældre er ved start så pressede i dagligdagen, at de trods gode intentioner ikke får udfyldt skemaer inden behandlingsstart.

**Anjas projekt:**

**Anja beskrev sit tema således:**

I et kvantitativt pilotstudie ønskes det belyst i, hvilket omfang stimulering af Tibialisnerven med el-akupunktur kan have indflydelse på:

1) gener forbundet med en overaktiv blære

2) klienters følelser i forbindelse med en overaktiv blære.

Vi har igennem vores møde med mange patienter fundet ud af, at gener fra overaktiv blære er et stort problem for mange mennesker. Derfor vil jeg gerne invitere dig til at deltage i min undersøgelse, som er en del af udviklingen af metoder til behandling af overaktiv blære samt udvikling personalets kompetencer hos Sorø Smertebehandling. Før du beslutter dig for om du vil deltage, er det vigtigt at du forstår baggrunden for undersøgelsen og hvad vil det betyde for dig. Sørg for at bruge god tid på at læse denne deltagerinformationsfolder. Hvis du har nogle spørgsmål, så kontakt mig via de givne oplysninger.

**Anja inviterede deltagere med denne beskrivelse af kriterierne for at kunne være med:**

Du er egnet til at deltage, hvis du lever op til følgende kriterier:

- 18+ år

- Diagnosticeret med overaktiv blære eller andet som kan forårsage OAB ex. forstørret prostata, Parkinson eller lignende.

- Er villig til at bruge tid på at besvare spørgeskemaerne samt køre til Sorø 8 gange indenfor en periode på otte uger

- Er i stand til at give samtykke uden hjælp

- Er i stand til at besvare spørgeskemaerne uden hjælp

**Anja indsamlede et datamateriale omfattende 11 klienter.**

En statistisk sammenligning af besvarelserne viste, at de alle kunne ses som nogen, der havde ensartet effekt af behandlingen. De skilte sig altså ikke i principielt forskellige grupper ligesom Johns materiale. Gruppen som helhed viste en signifikant forbedring.

**Generelt om projekterne:**

I hospitalsforskning er det sjældent, at et datamateriale til forskning omfatter færre end 50-100 patienter. Pilotprojekter, hvis formål kun er at orientere sig i den aktuelle type data eller afprøve, om et spørgeskema er egnet, kan dog være vilkårligt små. Det er værd at lægge mærke til, at vi i KAB godt kan have held til at opnå statistisk signifikante forskningsresultater selv med ganske få klienter. John og Anja har begge vist, at registrering af brugen af KAB sagtens kan føre til statistisk signifikant påvisning af behandlingseffekt, når egnede statistiske metoder anvendes.

De signifikante resultater strider imidlertid mod det generelle billede fra hidtidig forskning i effekt af alternativ behandling. Mogens, der har en uddannelse i forskningsmetode, mener, at de publicerede forskningsresultater er generelt misvisende på grund af metodefejl. Han mener, at den hidtidige forskning næsten konsekvent synes at være gennemført i modstrid med de forudsætninger, der gælder for alternativ behandling. Når forudsætningerne er forkerte, bliver forskningsresultaterne forkerte, dette uanset, hvor højtprofileret forskningsmetode, der anvendes.

Dette var netop motivationen til at tage et initiativ til en troværdig forskning, og den meget beskedne forskningsindsats, vi indtil nu har nået at gennemføre, synes allerede at vise, at initiativet er ulejligheden værd.

## Hvad mener man i samfundet om KAB?

Der er her udvalgt fem ret forskellige kilder til at besvare spørgsmålet. De synes samstemmende at illustrere, at samfundet ikke aner, hvad samfundet skal mene om KAB, og den viden, de mener at have, synes at være forkert.

Alle angiver dog et behov for konkret viden. Vi i LNS og medlemsforeninger synes nu teknisk set i stand til at levere den vare, hvilket faktisk kan synes overraskende. Der er en overvældende erfaring om andres forsøg på at gøre det, og disse andre opnåede kun forskningsresultater, der strider mod almindelige menneskers dagligdags oplevelse af KAB. Mon ikke vi bør konkludere, at kun forskere med forstand på KAB kan gennemføre forskningen korrekt? Kan vi da undgå, at opgaven hviler på os?

Vi, der arbejder med KAB, har at dømme efter det foreliggende en omverden, for hvem vi er mystiske, og derfor måske ”farlige”. Indtil vi har leveret resultater, der viser den positive effekt af KAB, lever vi med en risiko for restriktioner over for det ukendte. Sådanne restriktioner er KAB-behandlere i flere andre europæiske lande udsat for. Sverige er et af de triste eksempler herpå, hvilket LNS har erfaret ved sin deltagelse i Nordisk Samarbejds Komite, som hvert år arrangerer

et møde mellem de nordiske landes KAB-paraplyforeninger. Måske det haster, at vi får leveret de første resultater?

**1. Danske Patienter, afskrift fra hjemmesiden:**

*Et stigende antal patienter ønsker komplementær behandling som supplement til den traditionelle behandling. Men der mangler evidensbaseret viden på området. Komplementær behandling er synonym for alternativ behandling. Danske Patienter arbejder for, at der bliver etableret et videnscenter for komplementær behandling*

**2. Wikipedia, afskrift:**

*Alternativ behandling, også kaldet alternativ medicin, har ingen klar definition, men beskrives som behandlingsformer hvis virkning enten er direkte tilbagevist, ikke påvist, umulige at bevise eller er overdrevent skadelige i forhold til deres gavnlige effekt, men som påstås at have den samme helbredende effekt som medicin.*

*Alternativ terapi er ofte baseret på religiøs overbevisning, tradition, overtro, tro på overnaturlige energier, pseudovidenskab, logisk fejlslutninger, propaganda, svindel, eller løgn.*

**3. Lægeforeningen i Ugeskrift for Læger i 2017:**

*Læger efterlyser viden om alternativ behandling.*

*Syv ud af ti læger taler med deres patienter om alternativ behandling, og den dialog vil Lægeforeningen gerne ruste lægerne bedre til. Foreningen opfordrer regeringen til at etablere et statsligt vidensråd, der kan hjælpe lægerne med at navigere på området.*

**4. CAMbrella** var et EU-projekt, der i 2012 publicerede en række rapporter om CAM i Europa.

CAM hedder KAB på dansk. Hvis en essens skal uddrages af den overvældende mængde oplysninger, bliver det, at Danmark er et af de steder, eller måske stedet, der har de frieste forhold for CAM. I nogle lande er en række alternative metoder tilladt, forudsat de bruges af en læge.

**5. Erindringer fra 4 år som bestyrelsesmedlem i ViFAB v/Mogens Ehrich:**

ViFAB – Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling – var en statslig institution, der eksisterede fra 2001 til 2011. Den havde hvert år en million kr. at uddele til forskningsprojekter.

Flertallet udgjordes af læger i slutstilling med en forskningsinteresse. Ingen af dem havde personlige erfaringer med brug af KAM, så deres viden derom bestod i forestillinger og myter. Jeg fremlagde et eller andet emne af relevans for alternativ behandling ved de fleste bestyrelsesmøder, og de andre tav stille imens, men havde ingen kommentarer til det, jeg sagde, og der kom aldrig noget i referatet. Der var to andre alternative behandlere i bestyrelsen, men de kendte intet til forskning og sagde sjældent noget.

Forskningsmidler blev næsten kun givet til projekter, jeg ikke så noget perspektiv i for alternativ behandling, tit til Kræftens Bekæmpelse. Nogle få indkomne ansøgninger fandt jeg gode og relevante, men det så bestyrelsesflertallet ikke, så ingen af dem fik bevilling. Selv søgte jeg penge tre gange, og en enkelt gang fik jeg knap 100.000 kr, fordi det var lige, hvad der var tilbage, da projekterne, der faldt i lægernes smag, havde fået.

Kort sagt: to tankeverdener med meget lidt overlap var repræsenteret i ViFABs bestyrelse, og min fik sjældent et ben til jorden. Det drejede sig efter min opfattelse ikke om dårlig vilje, kun om en yderst begrænset indsigt i KAM sammen med en velment hensigt om at hjælpe os i det alternative på bedre tanker.

Lad mig fortsætte med at fortælle min baggrund. Jeg er uddannet civilingeniør og har en PhD i forskningsmetode. Jeg var ansat i Københavns Amts Sygehusvæsen i 25 år som leder af en konsulentgruppe, der havde til opgave at servicere forskerne i sygehusvæsenet med alt fra planlægning over dataindsamling til statistik og publicering. Det var før PC'ernes tid, så vi var også mellemleddet til computerne. Jeg havde tit møder med læger, også med overlæger og professorer, og de lyttede til det jeg sagde, for jeg var jo metodeautoriteten. Da jeg i ViFABs bestyrelse mødte samme type mennesker igen, fandt de ingen grund til at lægge vægt på det, jeg sagde. En ejendommelig oplevelse.

En af mine ansatte blev senere professor i statistik ved Københavns Universitet, og en anden blev ledende statistiker hos Lundbech, da de udviklede lykkepillen. Jeg selv blev kun underviser og bestyrelsesmedlem inden for KAB.

## Andre forskningsmetoder behøves

Alternativ og komplementær behandling bygger ikke på en videnskabelig tradition, således som bl.a. al brug af medicin i nutidens sundhedssystem gør. De bygger i vidt omfang på traditioner og erfaringer, der kan være videregivet fra generation til generation af "kloge mænd" og "kloge koner".

En holdningsundersøgelse blandt danske læger i 2005 viste, at videnskabeligt belæg for effekten af alternativ behandling, helst som randomiserede kontrollerede undersøgelser (RCT), typisk sås som en forudsætning for samarbejde med alternative behandlere. Ved en kontrolleret undersøgelse sammenligner man behandlingsresultatet hos en behandlet gruppe med resultatet hos en ubehandlet gruppe på sådan måde, at den enkelte ikke ved, hvilken gruppe, den tilhører. De etiske regler siger, at de klienter, der indgår i sådan undersøgelse, skal give deres accept af det på forhånd. Det er en meget effektiv forskningsmetode til at skelne mellem behandlinger, der består i indtagelse af et kemisk stof, idet det da nemt kan holdes skjult for deltagerne, hvad de udsættes for.

Det, der gør alternative metoder effektive, er ikke indtagelse af kemiske stoffer og de processer, der følger deraf. Helt andre reaktionsmønstre på det traditionelle kontrollerede setup kan derfor opleves. For eksempel kan psykiske mekanismer og bevidst medvirken være betydende for behandlingen, og de kan interferere med usikkerheden på en for forskerne uforstået vis, medmindre forskerne selv er alternative behandlere. Dels forudsættes i det kontrollerede setup, at det kan holdes hemmeligt for alle, om de får en virksom eller en uvirksom behandling, hvilket blandt andet ser bort fra, at klienternes umiddelbare oplevelse af behandlingen kan betyde meget for resultatet. De indgåendes eventuelle telepatiske og intuitive evner kan også indgå som et aktivt element og problematisere det hemmelige.

Der er publiceret over halvtreds tusinde kontrollerede undersøgelser om effekten af alternative behandlingsmetoder, og forudsætningerne i disse projekter må generelt ses som problematiske. Blandt andet forudsætter de typisk, at behandlingsmetoden i princippet har en ensartet effekt på alle projektets personer, hvilket må ses som meget tvivlsomt. Det syntes ikke at gælde i Johns projekt. Når forskningens forudsætninger er tvivlsomme, er forskningsresultaterne det også, og tvivlsomme forskningsresultater er ikke troværdige.

Det belæg, de giver samfundet til at mene, at der ikke er effekt af KAB, må derfor ses som ukorrekt. Det forekommer dog sandsynligt, at der iblandt dem kan være enkelte projekter, der er gennemført på et korrekt grundlag, men i så fald er de "forsvundet i mængden".

Andre metoder må da søges i vores forskning, og her skal nævnes to muligheder. Den ene er, at hver behandling ses som et forskningsprojekt for sig med statistisk beregning for hver behandling. Det stiller særligt krav til de spørgeskemaer, der anvendes, og der er ikke en

forventning om, at behandlingen skal virke ens eller sammenligneligt på alle. Den anden metode er, at vi forsøger at registrere faktorer uden for behandlingen, der kunne have betydning for effektens størrelse. Hvis det lykkes at finde en sådan faktor, og samspillet er statistisk signifikant, så er det uafviseligt, at der er en behandlingseffekt. Logikken er, at hvis en behandlingseffekt, der mistænkes ikke at eksistere, samspiller med noget, der er sikker målbart, så kan det ikke passe, at den ikke eksisterer. Sommetider kan alder eller køn bruges på den måde. Der er andre muligheder end de to nævnte, som det vil være for teknisk at præsentere her.

Vi så den førstnævnte metode illustreret i Johns projekt derved, at to klienter ud af otte havde en statistisk signifikant behandlingseffekt, hver for sig alene. I næsten al sundhedsforskning tælles der personer, som behandlingen virker på, men det giver kun mening, hvis det kan forudsættes, at der er en ensartet virkning på alle, der tælles, og den forudsætning bør som udgangspunkt formodes at være forkert ved alternativ behandling. Vi talte i stedet svar på spørgsmål og regnede statistik på scoren, hvilket blandt andet bygger på, at statistik er en matematisk disciplin, der er ligeglad med, hvad der tælles. Hvorledes vi regner statistisk på det, afhænger af spørgsmålenes og skemaets art. Det er avanceret matematik, som ikke lader sig præsentere her. Det er ikke nogen let genvej at regne statistik på denne måde, men i Johns miniprojekt har vi set, at det virker.

Brugen af den anden nævnte metode kan desværre ikke organiseres. Det må ses som  et held, når den kan bruges. Der er ikke eksempler derpå at præsentere her..

## IT-systemet, der gør det muligt

Der er programmeret et IT-system for LNS, der styrer udsendelse af spørgeskemaer til klinikkernes klienter, og arkiverer deres besvarelser. Samme system indeholder medlemsregistreret for LNS og for medlemsforeningen DETT. Klinikker fra andre medlemsforeninger, som ønsker at forske, er også registrerede, da sådan registrering er det, der åbner adgang til at sende spørgeskemaer til sine klienter.

Dette gør det muligt for flere klinikker at samarbejde om en forskningsindsats. Der er registreret et forskningstema ved navn PTSD, som er åbent for alle. Når en klinik får en klient med PTSD, så kan klinikken få klienten til at besvare det til temaet hørende spørgeskema før behandlingen og igen efter behandlingen. Så fremgår det, om behandlingen har hjulpet klienten. Når mange klinikker bidrager, går det hurtigere at få gennemført så mange behandlinger, at det kan afgøres, om behandlingen har effekt på nogen, eller måske på alle. Det bliver også muligt for den enkelte deltagende klinik at sammenligne sine resultater med de andre klinikkers.

Lars Mygind stod for ti år siden for en undersøgelse blandt klinikkerne i DETT af virkningen af tankefeltterapi på klienter med PTSD. Klienterne besvarede et spørgeskema før behandling og samme skema efter behandling. Dataindsamlingen blev administreret manuelt, og sådant giver problemer, som har ødelagt rigtig mange forskningsprojekter. Et typisk problem er usikker registrering af personidentiteter, så forskellige skemasvar fra en klient ikke kan samles korrekt bagefter. Det skete desværre også for Lars, der derved mistede en del af materialet, men 13 behandlinger kunne samles i en rapport. Den viste en positiv behandlingseffekt, som var statistisk højsignifikant. Såvidt vides har Lars ikke publiceret resultatet.

IT-systemet har endnu ikke mistet data på tilsvarende vis, så hvis Lars eller andre gentager projektet, vil projektet forventeligt blive vellykket. IT-systemet giver også den fordel, at der ikke kan snydes med forskningsresultatet, fordi optælling og statistik sker i samme IT-system.

Der er på markedet mange IT-systemer, der tilbyder spørgeskema-besvarelser, og de leverer typisk et korrekt registreret datamateriale til forskeren, som da må indlæse det i et IT-system, der udfører statistiske beregninger. Datamaterialet passerer altså en manuelt administreret fase, som

giver mulighed for fejl og manipulering. Hyppigt giver det fejl, at data ikke registreres på samme måde i de to IT-systemer. Hvis eksempelvis datoer er registreret forskelligt, skal der ske en manuelt styret omregning, der kan udføres forkert, og det kan føre til forkerte forskningsresultater. Værre er det, at det giver forskeren mulighed for at rette i data, så forskningsresultaterne bliver mere spændende. I praksis er det næsten håbløst af afsløre sådant snyd, så der foreligger ikke nogen statistik over, hvor tit det sker. Sommetider afsløres det ad indirekte vej derved, at andre ikke kan genfinde lignende forskningsresultater, og enkelte forskere har mistet deres berømmelse på den måde. Man ved altså, at det sker sommetider.

I det her anvendte IT-system er der ikke en manuel fase, så snyd på den måde kan ikke gennemføres. Det betyder, at forskningsresultaterne vanskeligt kan betvivles, hvilket kan blive af betydning, når vi præsenterer resultater, der er i modstrid med samfundets forventninger.

På samme måde som med PTSD kan andre fælles temaer oprettes. Når et antal behandlinger er registreret for det fælles tema, vil det blandt andet vise sig, om behandlingen kun virker på nogen, eller den synes at virke ens på alle.

Før IT-systemet giver en klinik lov til at udsende spørgeskemaer, skal klinikken godkende de gældende GDPR-regler. Spørgeskemabesvarelser registreres som et led i journalføringen, og de indeholder ofte sensitive data, som af hensyn til datasikkerheden lagres i en særskilt database. Der kan til test og undervisning sendes test-spørgeskemaer på helt samme måde som rigtige spørgeskemaer, og testsvarene ses ikke som sensitive. De slettes jævnligt. Der er meget brug for denne testmulighed, dels til demo, dels til oplæring, samt ved afprøvning af nye spørgeskemaer. En behandler kan sende testskemaer til sig selv.

IT-systemet muliggør en meget samarbejdsorienteret arbejdsgang. Klinikker kan simultant registrere behandlinger for et stort antal forskellige temaer. Hver gang en klient dukker op med et problem, der adresserer et af de fælles temaer, kan klinikken sende de til temaet hørende spørgeskemaer til klienten. Vi er nu i den første opstartfase, hvor det drejer sig om af få mange klinikker aktiveret, så vi får de første mange resultater og erfaringer. På sigt bliver der behov for øget disciplinering, men hvis det ønskes, kan IT-systemet også understøtte en helt sædvanlig måde at forske på, formentlig også, hvis der registreres data til et kontrolleret klinisk forsøg. Det mest afgørende for succesen ved det enkelt projekt er, at IT-systemet holder styr på data, herunder, at det ikke er muligt for den forskningsansvarlige at ”rette” i klienternes data for at forbedre forskningsresultatet.

## Tak til de, der også bidrog til årsrapporten, men ikke blev nævnt i den

Tak til jer:

Benedicte Due, Henrik Krarup Lindholm, Lars Toft Jensen, Lillian Wong, Manuela Lærke, Moorggan Gersdorff, Rasmus Rønbjerg Kjær, Vera H. Marcher

**Foreningerne har besvaret et spørgeskema om deres holdninger:** Skema 1051 Foreningens syn på den tilbudte forskning og kvalitetssikring.

Her vises spørgsmålene i rødbrunt, og svarene i sort. Forskellige personers svar vises under hinanden.

Hvad hedder du, og hvilken forening er du formand eller repræsentant for?

1. Manuela Lærke formand for DAKOBE

2. Lars Toft Jensen, formand i DETT

3. Lillian Cecilie Wong, formand for foreningen Dansk Health Qigong Federation

Klinikker i LNS og medlemsforeninger har et tilbud om at kunne udføre forskning ved hjælp af et IT-system, der er fremstillet af Mogens Ehrich og Michael Brown. Dine svar bliver publiceret eller resumeret i Årsrapport for 2024 om den KABale, det er et indføre effektmåling og kvalitetsstyring i KAB

Hvilken strategisk betydning for KAB ser foreningen i forskningstilbuddet? (Svar max 40 linier)

1. Dokumentation af resultater og løft af branchen.

2. Det kan føre til større anerkendelse af dele af- eller hele den komplementære og alternative sektor. Denne betydning vil smitte af og skabe en betydning for de mennesker, der som følge af den større anerkendelse i samfundet, tilvælger komplementære og alternative behandlingsmetoder og således nyder godt af det supplement disse kan yde til det etablerede sundhedsvæsen.

3. Det vil have en strategisk betydning for fremtiden, at formål og sigtepunktet i LNS forskningsprojekt med KABalen er at løfte KAB til samme niveau af evidens for behandlingseffekt og kvalitetssikring og i henhold af samme internationale standarder, som vi opretholder i landets autoriserede sundhedsvæsen herhjemmee.

Hvad mener du, din forening gerne vil gøre for at tage det i brug? (Svar max 40 linier)

1. Udbrede det.

2. Udbrede kendskabet til muligheden for forskning blandt foreningens medlemmer.

3. Vores forening og jeg selv i min klinik vil gerne selv deltage i et projekt som en forskningskampagne, der skal føre til dokumentation af effekten af alternativ og komplementær behandling.

Hvad er din tiltro til succes for foreningen, hvis I får det i brug?

Svarmuligheder: mellem 00 og 99: - , 75, 90,

Vanskeligheder, hindringer og ulemper?

1. Tid er en faktor. Det vil være en stor hjælp, hvis programmellet kan gøres i høj grad brugervenligt, og at der kan ydes bruger support.

2. Vigende tillid til systemet. Manglende forståelse af information.

3. Vi skal i foreningen i første omgang sætte hos ind i forskningsteori og beherske formidling en basal forståelse af forskning og dets betydning for kommunikation og formidling. Det vil også føre til bedre chancer for at kunne hverve deltagere til et forskningsprojekt og vælge rette behandlingsstrategier for dem.

Forskningsmetode er et vanskeligt emne at forstå og gennemskue. Men Mogens Ehrich er uddannet i forskningsmetode og har i 25 år været leder af en konsulentgruppe, der hjalp forskere i Københavns Amts Sygehusvæsen med alt fra planlægning til publikation. En af hans ansatte blev professor i statistik ved Kbhs Universitet, og en anden blev ledende statistiker i Lundbech, da de udviklede deres lykkepille. Mogens selv blev spirituel KAB behandler og har derfor en solid baggrund for at tilrettelægge de dertil egnede forskningsmetoder.

LNS forskningstilbud risikerer at bortfalde, hvis det ikke hurtigt tages i brug. Hvad hvis det sker?

1. Det vil være et forfærdeligt stort tab af et dokumentationsværktøj, som har været længe undervejs.

2. Det vil være meget ærgerligt. Det vil være et stort tab af mange års bestræbelser.

3. Jeg har forståelse for, at LNS forskningstilbud og projektets fremtid kan afhænge af, hvor hurtigt vi kan implementere det og vise dets værdi. Hvis det bortfalder, vil jeg forfølge målet via andre og mere konventionelle veje.

Årsrapporten peger på, at der er et større eller mindre spirituelt element i de fleste KAB-behandlingsmetoder. Derfor egner forskningsmetoderne fra den rent fysiske verden sig ikke i udforskningen af, om de har en behandlingseffekt. Der skal bruges andre statistiske fremgangsmåder, hvis det skal gøres korrekt, og der foreslås to. Den ene er, at hver behandling skal evalueres som et forskningsprojekt for sig, og først derefter sammenholdes med andre lignende behandlinger. Den blev brugt på John Boels akupunkturbehandling af slidgigt i knæ, og den syntes at fungere brugbart og som forventet. Det er en ny tænkemåde i helbredsforskningen, og du bliver derfor her spurgt, hvor troværdigt dette lyder for dig og din forening?

Hvor troværdigt og forståeligt er det for dig, at vi således skal forske på en lidt anden måde?

1. Det er helt forståeligt og absolut nødvendigt.

2. Det er fuldt forståeligt og troværdigt.

3. Spirituelle elementer mener jeg kan som begreb tolkes på flere måder, og der skal efter min mening gås til opgaven efter de bedst mulige samt opnåelige metoder og fremgangsmåder. Jeg synes det vil være interessant at forsøge med en ny tankegang indenfor helbredsforskning og håbet er, at metoden vil blive anerkendt som evidensgivende.

Klinikker i LNS og medlemsforeninger har et tilbud om ved hjælp af et IT-system at lette deres vej til at få en kvalitetscertificering. I hvert fald, hvis vi finder en person til at stå for driften. Det var Michael, der programmerede det. IT- systemet tilbyder en ramme for den dokumentation, der behøves ved en auditering. Man skal bare udfylde rammen, så slipper man for at planlægge og forstå hvorfor. Auditeringen er den årlige kontrol af, om man gør det godt. Det kaldes at blive ISO 9001 kvalitets-certificeret. Måske det er nok, at at nogle få klinikker certificeres, for at opnå samfundets respekt for, at dette også er en mulighed for KAB-klinikker. Her spørges om tilbudets relevans.

Hvilken strategisk betydning for KAB ser foreningen i dette tilbud? (Svar max 40 linier)

1. Det vil betyde mulighed for et kæmpe løft af branchen som helhed.

2. For KAB som sektor har det den betydning at man kan profilere sig som en sektor der kvalitetscertificerer sine medlemmer.

3. Det vil være en styrkende kvalitet for en forening at blive ISO9001 kvalitetscertificeret og en hjælp til at tilrettelægge sine arbejdsrammer og -rutiner. Derfor virker tilbuddet relevant.

Hvad mener du, din forening gerne vil gøre for at tage det i brug?

1. Udbrede det blandt medlemmerne efter bedste evne.

2. Vi vil gerne præsentere muligheden for vores medlemmer ad de kanaler vi har til dette.

3. Foreningen vil forsøge at følge de anvisninger LNS foreskriver. Foreningen deltager gerne i kursusuddannelse for at opgradere sig.

Prisen på cirka 20.000 kr for den årlige auditering af en klinik er som udgangspunkt en stor hindring. Men hvis det lykkes at certificere nogle få klinikker til den høje pris, har KAB-sektoren den mulighed selv at få uddannet egne auditører, der derefter tager over til en helt anden pris. Så bliver det ikke en officiel certificering, der opnås, men en analogi, der nok godt kan få fornøden troværdighed. Sådan gjorde landets autoriserede sundhedssystem nemlig ved i 2005 at oprette IKAS. Det fungerede som ønsket.

Vanskeligheder, hindringer og ulemper?

1. Økonomi, og igen tid og tryghed ved at tage det i brug, vedligeholde det og få bruger-support, særligt til at begynde med.

2. Prisen. Manglende vilje og forståelse af at det er nyttigt for den enkelte klinik.

3. Vores forening har ikke som udgangspunkt de årlige midler, der kræves for at deltage i løbende årlige auditeringer.

Hvor stor er din tiltro til succes for foreningen, hvis vi får tilbuddet i drift, og I bruger det?
Svarmuligheder mellem 00 og 99: **85. 75, 60,**
Hvor mange klinikmedlemmer er der cirka i din forening?
Svarmuligheder mellem 000 og 999: **700, 45, 20,**

## De erfarne brugere har besvaret et spørgeskema om brugen: Skema 1052

Hvordan fungerer en kliniks spørgeskema-arbejde rent teknisk?

Besvaret d 11-12-24 på 540 sekunder fra kl 23-22.

Dette er et spørgeskema til de behandlere, der har brugt forsknings-IT-systemet til at sende spørgeskemaer til sine klienter og modtage svar. Hvis du er en af dem, spørges der her til dine erfaringer med at bruge det.

Hvad hedder du? Har du forskningserfaring fra anden side?
1. John Boel. Jeg har forsket i behandling af piskesmæld med AcuNova og i behandling af AMD med Boel Moderne Akupunktur
2. Gitte Retbøll, - nej

3. Anja Funder Ja

Hvilke temaer har især dannet basis for at sende spørgeskemaer til dine klienter?
1. Knæ slidgigt - Artrose
2. angst, ADHD, PTSD

3. WHO-5, hyppig vandladning

Cirka hvor mange gange har du bedt en klient besvare skemaer?
Svarmuligheder mellem 0 og 200: **1. 14, 2. 50, 3. 25**

I cirka hvor mange procent af disse lykkedes besvarelsen godt?Svarmuligheder mellem 0 og 100: **1. 70, 2. 25, 3. 80**

Skemaerne blev taget i brug under programmellets videreudvikling. Ligesom DSB`s signalsystem bruges mens det videreudvikles. Alle ved, at det giver driftsforstyrrelser, og det har vi haft. Jeg har lige rettet en fejl for Gitte, som hindrede en klient i at deltage, men ellers mener jeg, det er i en stabil fase nu.

Hvordan er din tiltro til, at IT-systemet fungerer korrekt, næste gang du sender et spørgeskema? **1. 99%, 2. Fin nu, 3. 80%**

Er skemaerne redigeret tilfredsstillende?
**1. Ja, 2. Ja, 3. Nogenlunde**

Hvad savner du i skemaarbejdet? Hvad savner du i forskningen?
1. Jeg så gerne, at der kun var et skema. Jeg savner bedre design, men jeg bebrejder ikke Mogens, men mig selv.

2. Kun at det hver gang fungerer, når jeg sender link ud, at klienter får linket, besvarer, og at der er skemasvar til mig.

3. Lidt mere overskuelighed i portalen, nemmere at oprette nye skemaer. At besvarelser/resultater kan printes ud, så det ser mere overskueligt ud.

Har du andre kommentater til det foreliggende IT-systems funktion?
**1. Nej, 2. - , 3. -**

Kan du anbefale andre klinikker at bruge programmellet?
**1. Ja, 2. Ja, 3. Ja, så længe man er it-kyndig**

Hvor tilfreds er du med den hastighed, hvormed programfejl rettes?
**1. ?, 2. Det er fint, 3. 100%**