

NAFKAM

Nasjonalt forskningscenter innen
komplementær og alternativ medisin

NAFKAM
Skriftserie nr. 5

Utprøvinger av alternativ behandling innenfor helsevesenet i møte mellom helsepersonell og alternative behandlere



Lisbeth Nyborg
Laila Launsø



The National Research Center
in Complementary and Alternative Medicine
University of Tromsø, Norway

NAFKAM SKRIFTSERIE

blir utgitt av Nasjonalt forskningscenter innen
komplementær og alternativ medisin.

Forfatterne er selv ansvarlig for sine funn og
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk
for NAFKAMs syn.

The opinions expressed in this publication are
those of the authors and do not necessarily
reflect the official policy of the institutions
supporting this research.

Tidligere utgitt i denne serien:

- Nr 1:** Arne Johan Norheim.
Acupuncture in health care – Attitudes to,
and experience with acupuncture in Norway
- Nr 2:** Arne Johan Norheim og Susanne Ramstad.
Opplevde sammenhenger mellom amalgam
og helse i den norske befolkning
- Nr 3:** Laila Launsø og Olaf Rieper.
Qualitative Research Methods in Complementary
and Alternative Treatment
- Nr 4:** Stig Brusset.
Grønne paviljonger på sykehus

ISBN-13: 978-82-92672-04-4

Utprøvinger av alternativ behandling innenfor helsevesenet i møte mellom helsepersonell og alternative behandlere



Lisbeth Nyborg
Laila Launsø

Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin – NAFKAM

Forord

Den foreliggende rapporten er et viktig forskningsmessig nybrottsarbeid i Norge. Alternativ behandling i en eller annen form, oftest akupunktur, er allerede en del av den kliniske hverdag på de fleste norske sykehus, men kun unntaksvis utføres den alternative behandling av andre enn helsepersonell. Internasjonalt har det skjedd en rask oppblomstring av forskjellige modeller for samarbeid mellom skolemedisinske og alternative behandlere og behandlinger. Selv de mest prestisjetunge medisinske sentra i USA og England har initiert slike tilbud. En videreutvikling i Norge som også involverer samarbeid mellom skolemedisinske og alternative behandlere innenfor sykehus, kan enten fremmes eller hemmes av muligens hittil ukjente faktorer.

Den underliggende motivasjon for de fleste som går inn for samarbeid mellom skolemedisinske og alternative behandlere og/eller behandlinger, er selvfølgelig at pasientene skal ha et bedre klinisk resultat. Det er dermed helt naturlig at Nasjonalt Forskningssenter innen Komplementær og Alternativ Medisin (NAFKAM) er blitt en partner når disse fenomenene skal evalueres.

NAFKAM har utviklet en forskningsstrategi som tar hensyn til fenomener som settes i gang i befolkningen uten at det foreligger allment etablert kunnskap om tiltakets effekt. I en slik situasjon er det av grunnleggende viktighet at forskere setter seg grundig inn i fenomenet før man setter i gang klinisk kontrollerte studier. Dette er nødvendig for å være sikker på at man forstår det kliniske fenomen tilstrekkelig godt til å kunne designe mer kontrollerte studier som er relevante for de det gjelder. Den foreliggende rapporten gir seg ikke ut for å beskrive fenomenet i alle detaljer, men har i en tidlig fase kunnet følge flere av disse forsøkene, noen på tenkestadiet, andre på planleggingsstadiet og til og med to som var på gjennomføringsstadiet. Den kunnskap som er kommet fram gjennom arbeidet bak denne rapporten, gir et viktig forståelsesgrunnlag for både klinikere innen skolemedisin og alternativ behandling samt forskere.

Vinjar Fønnebø

Innhold:

1	Innledning	5
1.1	Nye former for utprøvinger innen sykehus	5
1.2	Pasienter bruker alternativ behandling og kombinerer bruk med skolemedisinske behandlinger på eget initiativ	7
1.3	Studier av helsepersonells holdninger til alternativ behandling	8
1.4	Studier av helsepersonells bruk av alternativ behandling	10
1.5	Alternative behandleres holdninger til samarbeid med helsepersonell	10
1.6	Det politiske nivå og alternativ behandling	10
1.7	Forskning om samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere og utvikling av integrert behandling	11
1.8	Begreper som anvendes i forbindelse med samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere	12
1.9	Nye forståelser i behandling av sykdom og helseplager	13
1.10	Nye tilnæringer til behandling av sykdommer og helseplager	15
1.11	Ulike nivåer i behandlingen	15
1.12	Refleksjon over anvendelsen av begrepet integrert behandling og et forsøk på å komme nærmere en avklaring av bruken av begrepet	16
2	Prosjekt initieres på NAFKAM med fokus på en beskrivelse av utprøvinger med alternative behandlere i behandling av pasienter innenfor sykehus	19
2.1	Prosjektets tilblivelse	19
2.2	Formål med prosjektet	20
2.3	Problemstillinger	20
2.4	Forskningsdesign	21
2.5	Materiale	21
2.5.1	Valg av avdelinger – cases og informanter	21
2.6	Datainnsamlingsmetoder	23
2.6.1	Det kvalitative intervju	23
2.6.2	Svakheter med intervjuene	25
2.6.3	Spørreskjemaundersøkelse	25
2.6.4	Dokumentarisk materiale	25
2.6.5	Observasjon på avdelinger	25
2.7	Ni utprøvinger – igangsatt, planlagt, ønsket – på sykehusavdelinger	26
2.7.1	Igangsatte utprøvinger	26
2.7.1.1	Det kreative sykehus/kreativa sjukhus	26
2.7.1.2	Akupunktur og leddgiktprosjektet ved Reumatologisk avdeling, UNN	27
2.7.1.3	Psykiatri og folkemedisin	27
2.7.2	Planlagte utprøvinger	28
2.7.2.1	Prosjektet på helhetlig behandling ved Nordlandssykehuset Vesterålen	28
2.7.2.2	Seksjon for Infeksjonsmedisin, UNN	28
2.7.2.3	Avdeling for medisin og rehabilitering, UNN	28
2.7.3	Utprøvinger det er ønske om å igangsette	28
2.7.3.1	Kreftavdelingen, UNN	28
2.7.3.2	Kvinneklinikken, UNN	28
2.7.3.3	Geriatrisk avdeling, UNN	29
2.8	Analyse	29
3	Resultater	30
3.1	Initiativtakeres og helsepersonells motivasjon for å utprøve alternativ behandling ved sykehus	30
3.1.1	Motivasjon til initiativtakerne og helsepersonell på igangsatte prosjekter	30
3.1.2	Initiativtakeres og helsepersonells motivasjon for prosjektene under planlegging	31
3.1.3	Motivasjonen for helsepersonell som har ønske om utprøvinger av alternativ behandling	32
3.2	Kjennetegn ved de forsøk som utprøves eller ønskes utprøvd med alternativ behandling på sykehus	33
3.3	Alternative behandleres og helsepersonells erfaringer med utprøving av alternativ behandling på sykehus	35
3.4	Alternative behandleres erfaringer med utprøvinger av alternative behandling på sykehusavdelinger	36
3.5	Helsepersonells erfaring med alternative behandlingsmetoder	36
3.6	Alternative behandlere og helsepersonells erfaringer med samarbeid	37
3.7	Erfaringer på tvers av avdelingene med å utvikle et samarbeid	38
3.7.1	Tar tid å utvikle samarbeid	38
3.7.2	Resursskrevende	39
3.7.3	Betydningen av klimaet og kulturen på avdelingen	39
3.7.4	Helsepersonell og alternative behandlere har ulik motivasjon	40
3.8	Samarbeidsformer som er etablert ved utprøving av alternativ behandling på sykehus	40
3.9	Motivasjons betydning for valg av samarbeidsmodell	41

3.10	Faktorer som fremmer og hemmer utprøvinger av samarbeid med alternative behandlinger på sykehus.....	42
3.10.1	Fremmende faktorer.....	42
3.10.1.1	Faktorer knyttet til ledelsen.....	42
3.10.1.2	Åpen og nysgjerrig avdelingskultur.....	43
3.10.1.3	Motivert helsepersonell.....	43
3.10.1.4	Kunnskap om alternativ behandling og behandlingsresultater.....	44
3.10.2	Hemmende faktorer.....	44
3.10.2.1	Interne barrierer og skepsis til alternativ behandling.....	44
3.10.2.2	Mangel på kunnskap om alternativ behandling og behandlingsresultater.....	44
3.10.2.3	Mangel på motivasjon blant helsepersonell.....	45
3.10.2.4	Begrensede ressurser.....	45
3.10.2.5	Prosjekt styrt ovenfra.....	46
3.10.2.6	Kort innleggelsestid.....	46
4	Konklusjon.....	47
4.1	Hvilken motivasjon har helsepersonell for å utprøve alternativ behandling på sykehus?.....	47
4.2	Hva mener helsepersonell og prosjektledere kjennetegner de forsøk som de utprøver, planlegger å utprøve eller ønsker utprøvd med alternativ behandling på sykehus?.....	47
4.3	Hvilke erfaringer har helsepersonell som er i gang med å utprøve alternativ behandling på sykehus, fått med alternativ behandling og med samarbeidet med alternative behandlere? Og hvilke erfaringer har de alternative behandlerne fått med den alternative behandlingen i en sykehussetting og samarbeidet med helsepersonell?...	47
4.4	Hvilke former for samarbeid har helsepersonell og alternative behandlere etablert ved utprøving av alternativ behandling på sykehus?.....	48
4.5	Hvilke faktorer har helsepersonell opplevd som fremmende og hemmende for utprøving av alternativ behandling og etablering av samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere?.....	48
5	Diskusjon.....	49
5.1	Det uutnyttede læringspotensiale.....	49
5.2	Motivasjons og kunnskaps betydning for samarbeid mellom og alternative behandlere.....	50
5.3	Resultater fra nyere forskning.....	51
5.4	Vår undersøkelse sett i lys av de utenlandske studiene.....	55
5.5	Undersøkelsens metode, data og overførbarhet.....	56
6	Hva kan helsepersonell og sykehusledelse lære av denne undersøkelsen?.....	57
6.1	Helsepersonell må være motivert for å samarbeide med alternative behandlere.....	57
6.2	Avdelinger som deltar i utprøvinger bør være motivert.....	57
6.3	Informasjon er absolutt nødvendig.....	57
6.4	Etablering og utvikling av samarbeid tar tid.....	58
6.5	Behov for mer forskning for å få kunnskap om hvilke former for samarbeid som gir de beste behandlingsresultatene for pasienter.....	58
6.6	Behov for helseøkonomiske analyser.....	58
6.7	Midler må avsettes i helsevesenet.....	58
6.8	Læring og et forbedret samarbeidsklima.....	59
7	Tusen takk til initiativtakere, behandlere og pasienter.....	60
8	Resymé.....	61
9	Referanser.....	63

1 Innledning

Denne rapporten er basert på utforskning av utprøvinger av alternativ behandling. Politiske myndigheter har satt fokus på den økte bruken av alternativ behandling i befolkningen og helsepersonells ønske om å trekke alternativ behandling inn i helsetjenesten og på sykehus. På bakgrunn av dette har vi etter ønske fra flere avdelinger ved Universitetssykehuset Nord - Norge (UNN) og andre sykehus i landet, satt i gang et forskningsprosjekt som skal gi kunnskap om hvilke erfaringer helsepersonell har fått av de ulike utprøvingene med alternativ behandling, hva som kjennetegner disse utprøvinger, hvilken motivasjon helsepersonell har hatt til å gå i gang med slike utprøvingene, hvilke former for samarbeid som er blitt etablert og hvilke faktorer helsepersonell har opplevd som fremmede og hemmende for etablering av utprøvinger med alternativ behandling på sykehus.

Hensikten med prosjektet er at annet helsepersonell som ønsker å etablere utprøvinger med alternativ behandling på sykehus kan lære av de erfaringene som allerede er gjort. I denne innledningen vil vi redegjøre for bakgrunnen for å utforske utprøving av alternativ behandling på norske sykehus som er igangsatt, planlegges eller ønskes igangsatt. Vi vil kort beskrive nasjonale og internasjonale resultater av studier som har omhandlet bruk av alternativ behandling blant pasienter, bruk av og holdninger til alternativ behandling blant helsepersonell, bruk av alternativ behandling på sykehus samt politiske myndigheters satsning på feltet alternativ behandling. Begrepene som benyttes i forbindelse med samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere vil bli definert.

1.1 Nye former for utprøvinger innen sykehus

Begrepet utprøving får nok de fleste av oss til å tenke på randomiserte kontrollerte forsøk hvor man gjør en utprøving av et legemiddel. Disse forsøkene er det bærende innenfor evidens-hierarkiet. Når vi velger å bruke begrepet ”nye former for utprøvinger”, refererer det til både at alternativ behandling prøves ut innenfor helsevesenet, og at det også er behov for nye forskningsbaserte utprøvinger, da mer komplekse behandlinger i samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere ser ut til å kreve mer enn randomiserte kontrollerte forsøk (Fønnebø et al. 2007). I denne rapporten avgrensers vi oss til å beskrive initiativtakeres og behandleres erfaringer med utprøvinger av alternativ behandling¹.

Pasienter etterspør alternativ behandling på sykehus, og den gjengse forklaringen på at det i liten grad utprøves alternativ behandling på sykehus er at behandling utført på sykehuset skal være evidensbasert. Samtidig er det er ikke all konvensjonell behandling på sykehus som er evidensbasert (Høye 2003). Uten foreliggende evidens utprøves

¹ Initiativtakere er de som har tatt initiativ til de ulike prosjektene, de fleste av dem er leger, annet helsepersonell eller andre som jobber innenfor sykehus. De som får benevnelsen helsepersonell og ikke initiativtakere, er helsepersonell som er interessert i å etablere forsøk med alternativ behandling, men som foreløpig ikke har tatt initiativ til konkrete prosjekter.

alternativ behandling imidlertid allikevel på norske sykehus. De aller fleste fødeavdelinger i Norge har innført akupunkturbehandling som smertelindring. Behandlingen utføres av jordmødre, og intervensjonen er å sette nåler på bestemte punkter. Jordmødrene har fått korte kurs² for å lære denne behandlingen. Dette skjer samtidig med at annen alternativ behandling avvises fordi det ikke er dokumentert.

Alternative behandlere kan, dersom pasientene ber om det, gi behandling mens pasienten er innlagt på sykehus (Helsetilsynet 1995). Samtidig er legen ansvarlig for all behandling som gis på sykehuset og vil ofte ikke ha kunnskap om alternativ behandling. Dette skaper ikke kvalifiserte faglige forutsetninger for at brukere kan anvende alternative behandlere innen helsevesenet.

En undersøkelse av bruk av alternativ behandling på norske sykehus (Salomonsen et al 2003) viser at 28 av 119 sykehus tilbød slik behandling. De fleste (19 av 28) tilbød akupunktur. Andre alternative behandlinger som ble gitt for seks år siden, var sterile saltvannsinjeksjoner, oljemassasje, vitaminer i høydose, Nitterkuren, alternativ diett, urtemedisin, transkutan nervestimulering, musikkterapi og kunst- og uttrykksterapi. Undersøkelsen viser at det ser ut som om flere sykehus stilltiende introduserer eller aksepterer bruk av alternativ behandling. Motivet for oppstart av alternativ behandling var i denne undersøkelsen den sykehusansattes tro på metodens supplerende effekt. Pasientterspørsel styrte i liten grad innføringen av en ny behandlingsmetode. Det er mulig dette har endret seg etter at alternativ behandling er satt på den politiske dagsorden, pasientorganisasjoner har fått mer makt og innflytelse og pasient- og brukerinnflytelse blir mer i tidens ånd.³

I 2004 ble det gjennomført en studie om omfang av alternativ behandling på sykehus i Sveits (Widmer et al. 2006). Sykehusdirektøren og avdelingsledere er spurt om hvor mange leger og ikke-leger (sykepleiere, annet helsepersonell eller alternative behandlere) som gir alternativ behandling til pasienter på sine sykehus. 33 % av sykehusdirektørene svarer at minst én lege gir alternativ behandling til pasienter på deres sykehus, mens 37 % av avdelingslederne ved sykehuset sier det samme. Akupunktur var den mest brukte alternative behandlingsmetoden. 11 % av sykehusene har mer enn 3 leger som tilbyr alternativ behandling. Fem sykehus har mer enn to hele legestillinger hvor legen tilbyr alternativ behandling. 41 % av den alternative behandling tilbys av ikke-leger i følge sykehusdirektørene, mens avdelingslederne sier at 64 % av de som tilbyr alternativ behandling er ikke-leger. Blant ikke-leger er det soneterapi som er den mest brukte alternative behandlingsformen. Hovedkonklusjonen i denne studien er at det totale tilbudet av alternativ behandling på sykehus i Sveits er lavt i forhold til befolkningens

² Jordmødre som gir akupunktur ved fødsel, har gjennomgått kortvarige kurs om akupunktur begrenset til fødselsomsorg.

³ NAFKAM planlegger å gjennomføre en undersøkelse av bruk av alternativ behandling og integrert behandling ved norske sykehus i 2007/ 2008. NAFKAM samarbeider med KUFAB om denne undersøkelsen.

bruk, og det er konsentrert til få sykehus. Akupunktur er den mest brukte behandlingsformen, men antroposofisk behandling står for de høyeste utgiftene.

I helsevesenet har man som ideal at nye behandlingsmetoder skal være nøye utforsket før de tas i bruk i klinisk praksis. Innføring av alternativ behandling på sykehus ser ikke ut til å ha fulgt dette idealet. Leger med kortere eller lengre utdanning innen akupunktur gir pasienter akupunktur dersom de ønsker det. Det stilles ingen kompetansekrav til leger som vil utføre alternativ behandling (Sildnes 2004). Det gis akupunkturbehandling på kvinneklinikker uten at den er dokumentert i tilstrekkelig grad.⁴ Etter vår kunnskap evalueres behandlingen i liten grad, og behandlingene journalføres ikke systematisk. Det trekkes dermed ikke systematiske erfaringer ut av behandlingene, slik at man får kunnskap om behandlingen kan være til nytte, hva den bidrar med, hva som har effekt og ikke av behandlingen og hvilke konsekvenser kombinerte behandlinger har for endringer av både etablert og alternativ behandling i et behandlingsforløp.

Spørsmålet er også om den alternative behandling som hittil er utført på norske sykehus, er alternativ behandling på samme måte som når pasientene får alternativ behandling på alternativ klinikk. Vil behandlingen og behandlingsresultatene være annerledes hvis pasientene får behandling hos en velutdannet akupunktør enn om akupunktøren utføres på sykehuset av lege eller annet helsepersonell med kortvarige akupunkturkurs eller etterutdanning i akupunktur? Vi har ikke forskningsbaserte kunnskaper for å besvare dette spørsmålet i dag.

1.2 Pasienter bruker alternativ behandling og kombinerer bruk med skolemedisinske behandlinger på eget initiativ

Utenlandske og norske studier peker på at et stort antall pasienter bruker alternativ behandling (Eisenberg 1998; Nayak et al. 2003; Storr 2002; Haahr & Launsø 2006; Salomonsen et al. 2003; Hanssen et al. 2005; Ekholm & Kjølner 2007). En undersøkelse gjennomført av NIFAB i mars 2007 viste at 41 % av den norske befolkning på 15 år og eldre "i løpet av de siste 12 måneder" har brukt alternativ behandling utført av en behandler utenfor helsevesenet og 29 % av den norske befolkning på 15 år og eldre har 'i løpet av de siste måneder' brukt alternativ behandling utført av helsepersonell innenfor helsevesenet (NIFAB 2007). Homøopati har tidligere vært den mest brukte behandlingsform i Norge etterfulgt av akupunktur og soneterapi. Dette er endret viser den nye brukerundersøkelsen. Massasje og akupunktur er blitt de mest brukte alternative behandlingsformer i Norge (NIFAB 2007). Kvinner bruker alternativ behandling i noe større omfang enn menn. Det viser seg at andelen som bruker alternativ behandling er høyest i aldersgruppen 15- 24 år. Dette er en ny trend. Tidligere undersøkelser viser at

⁴ En systematic review fra 2004 (Lee H; Ernst E 2004) konkluderer med at akupunktur som supplement til konvensjonell smertelindring ved fødsel er lovende, men pga begrensede data fra RCT ikke overbevisende. Mer forskning er nødvendig for å definert akupunktorens plass i fødselsomsorgen. En norsk studie fra 2003 (BI Nesheim 2003 et al.) viser at akupunktur under fødsel førte til reduksjon av andre smertestillende midler, og andel kvinner som ønsket akupunktur ved neste fødsel var høy.

bruken har vært høyest i eldre aldersgrupper. 45 % av norske kreftpasienter er brukere av alternativ behandling (Risberg 1998).

Studiene peker på at mange pasienter både bruker alternative og helsepersonellbehandlinger. Hvordan disse behandlingene kombineres vet vi lite om.

Pasientforeninger er begynt å øve press i retning av at helsevesenet skal åpne for bruk av alternativ behandling og at det bør foregå et samarbeid mellom alternative behandlere og helsepersonell innenfor helsevesenet.

Landsforeningen for Hiv-positive, Hiv Norge, har tatt initiativ til et prosjekt som nå planlegges i samarbeid med infeksjonsmedisinsk seksjon ved UNN, hvor pasienter skal få et helhetlig behandlingstilbud med alternativ og skolemedisinsk behandling samlet på ett sted.

MS-forbundet, Kreftforeningen og Norges Astma- og Allergiforbund har inngått samarbeid med NAFKAM om Register for Eksepsjonelle sykdomsforløp (RESF) med henblikk på å samle inn data om eksepsjonelle sykdomsforløp etter bruk av alternativ behandling (Launsø og Salamonsen 2006).

Et flertall av befolkningen ønsker at både akupunktur og homøopati skal inngå i helsetjenesten og at det skal ytes refusjon for behandlingen (Ot.prp. nr. 27, 2002- 2003).

Pasienten (inkludert helsepersonell) får erfaringer med hva ulike behandlinger bidrar med og i hvilken grad behandlingen har betydning for deres helse og liv. Men det er vanskelig å vurdere hvilke kombinasjoner som har betydning og hva som er bra å kombinere og hva som kan gi negative interaksjoner med hverandre.

1.3 Studier av helsepersonells holdninger til alternativ behandling

I en studie fra 2004 ble helsearbeidere på kreftavdelinger ved norske sykehus spurt om deres holdning til etablering av ”grønne lunger” på sykehus (Risberg et al. 2004). De fleste av de spurte var positive til at det ble etablert slike enheter i tilknytning til deres sykehusavdeling. Sykepleiere, stråleterapeuter og kontorpersonale var langt mer positive enn legene. Flertallet mente at hvilken terapiform pasientene skulle få, burde skje i samarbeid mellom helsepersonell, pasient og alternativ utøver. Om lag en tredjedel av legene mente at terapiformene burde kun bestemmes av helsepersonell ved behandlingsenheten.

En studie av legers holdninger til akupunktur ble gjennomført i 1992 (Norheim 2005). De aller fleste legene var positive til at akupunktur ble integrert i helsevesenet.

Yngre medisinstudenter er mer positive til alternativ behandling enn deres eldre kollegaer (Nguyen et al. 2005). Dette gjenspeiles i befolkningens bruk av alternativ behandling hvor det er de yngre mellom 15 og 24 år som i dag er den største brukergruppen av alternativ behandling (NIFAB 2007).

Blant sykepleiere er det mange som også har tiltro til alternative behandlingsformer, mens legene uttrykker klare skiller mellom behandlingsformene de tror på og de som de finner ubrukelige (Risberg 2003). Det er en klar forskjell mellom sykehusleger og allmennleger, hvor allmennleger er mer positive til pasientenes ønsker om bruk, informasjon og samarbeid med andre behandlingsformer enn den konvensjonelle skolemedisinen (Salomonsen et al. 2005).

Av de alternative behandlingsmetodene er det akupunktur som har størst aksept blant norske leger. Andre metoder som antas å ha nytte, er urtemedisin og kostbehandling. Alternative behandlingsmetoder som fotsoneterapi, homøopati og healing stiller de aller fleste norske leger seg tvilende til (Norheim 2005).

I materialet fra vår undersøkelse fortelles det om leger som i stort omfang gir alternativ behandling til sine kollegaer. De samme kollegaene er skeptiske til å prøve ut alternativ behandling på pasientene. Helsepersonell har større krav til dokumentasjon for å gi pasienter alternativ behandling enn for selv å motta behandling. Noen leger mener at alternativ behandling som man har erfaring med gir god effekt, for eksempel smertelindring, som man vet gir få bivirkninger og som er kostnadseffektive, bør gis til pasientene. Men ikke alle leger tør å si det. De kan være bekymret for sanksjoner fra sine kollegaer og at det skal få konsekvenser for deres karriere. Noen leger mener at virkningen av alternativ behandling kan være placebo, men mener at det er greit å bruke det likevel hvis pasientene får det bedre. ”Hva så, om det er bare placeboeffekten?“, sier de.

En undersøkelse i 2004 viser at 1/3 av de spurte legene anbefaler akupunktur mot migrene, og 37 prosent oppfatter akupunktur som integrert i helsevesenet. Kun 4 % av legene praktiserer selv akupunktur. Studien viser at leger er positive til akupunktur som behandlingsform, men deres egenerfaring er i større grad som akupunkturpasienter enn akupunktører (Ytrehus 2006).

Flere og flere helsepersonell utdanner seg i alternative behandlingsteknikker og innfører dem i sine behandlingstilbud. I Danmark er det gjennomført en undersøkelse av hvorfor leger utdanner seg innenfor alternative behandlingsmetoder og ønsker å integrere disse metodene og erfaringene de høster ved å arbeide med alternative behandlingsmetoder (Launsø 2001).

I Norge er det gjennomført en studie som viser at helsepersonell ønsker kommunikasjon og samarbeid med alternative behandlere og gjerne ser at komplementær behandling gis på deres avdeling (Risberg et al. 2005).

I en nylig publisert rapport beskrives hvordan man kan tenke seg komplementær og alternativ medisin integrert i norske sykehus (Bruset 2007).

1.4 Studier av helsepersonells bruk av alternativ behandling

Helsepersonell er den største gruppen brukere av alternativ behandling (Norheim et al.1998). Samtidig som helsepersonell er den største brukergruppen, er mange av dem skeptiske til bruk av alternativ behandling for pasienter, med den begrunnelse at det ikke er evidensbasert.

Sykepleiere ser ut til å være hyppigere brukere av alternativ behandling enn befolkningen for øvrig, og flere utdanner seg innen for alternative behandlingsformer (Johannessen 2006). Leger benytter slike metoder mot egen sykdom og helseplager i mindre grad enn andre grupper i samfunnet (NOU 1998).

I 2004 er undersøkelsen om legers bruk av akupunktur fra 1994 gjentatt (Ytrehus 2006). Andelen norske leger som bruker akupunktur for egen sykdom, har siden 1994 økt fra 8 til 18 %. Studien viser at halvparten av legene kan tenke seg å bruke akupunktur for egen sykdom.

1.5 Alternative behandleres holdninger til samarbeid med helsepersonell

Utøvernes holdninger til samarbeid med den etablerte helsetjenesten er blandede. Det er en betydelig frykt for at skolemedisinen kun vil ta i bruk avgrensede aspekter av alternative behandlingsformer uten at den opprinnelige forståelsesmodellen ligger til grunn. Videre frykter noen at i det øyeblikk den etablerte medisinen anvender alternative metoder, så vil de alternative behandlerne bli marginalisert (Ot.prp. nr 27, 2002- 2003). En undersøkelse gjennomført i Canada i 2002 og 2003 viser at den frykten er reell (Hollenberg 2006).

Alternative behandlere har et ønske om større respekt og bedre samarbeid med det etablerte helsevesenet. De ønsker seg også på sikt en utvikling mot likeverdig samarbeid i en mer mangfoldig helsetjeneste (Ot.prp. nr 27 2002- 2003).

1.6 Det politiske nivå og alternativ behandling

På det helsepolitiske nivå er det en erkjennelse av nødvendigheten av å tenke og handle i relasjon til alternativ behandling og samarbeid mellom alternative behandlere og helsepersonell. I sin strategi for 2002-2005 oppfordrer WHO medlemslandene til å utforme en policy for hvordan det skal være mulig å integrere tradisjonell kinesisk medisin (TKM) og komplementær og alternativ medisin (KAM) i det nasjonale helsevesenet (Bodeker et al 2005).

Norge er det første land hvor en regjering har lagt frem et politisk dokument om feltet alternativ behandling. Dokumentet forelå 13. desember 2002 i ”Lov om alternativ behandling av sykdom mv” (Ot.prp. nr 27, 2002-2003). Her ble det fremmet forslag om nytt lovverk og en rekke utenomrettslige tiltak innen forskning, informasjon, sammenslutning av alternative behandlerorganisasjoner, registerordning for utøvere og samarbeidsprosjekter mellom helsepersonell og alternative behandlere også innenfor det etablerte helsevesenet. Stortinget ga sin tilslutning til forslagene og det ble gitt ros til

regjeringen for hvordan et vanskelig felt var blitt ivaretatt på en helhetlig måte. Den nye loven om alternativ behandling trådte i kraft 1. januar 2004 og erstattet den gamle kvakksalverloven.

Myndighetenes overordnede mål på dette området er å ivareta pasientenes sikkerhet og ivareta deres selvbestemmelsesrett. Det innebærer å styrke befolkningens valgmuligheter med hensyn til behandlingstilbud og gi dem mulighet for å ta trygge og reelle valg. For at valgfriheten skal være reell, forutsettes det at valgene tas basert på kunnskap og informasjon. Derfor har myndighetene fokusert på å øke forskningsinnsatsen innen alternativ behandling med blant annet oppbyggingen av NAFKAM, og fokusert på å øke informasjon om alternativ behandling med etableringen av Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB).

Myndighetene har besluttet å gi støtte til samarbeidsprosjekter innen forebygging, utprøving og behandling, I Ot.prp. nr 27 2002-2003 kan man lese: ”Departementet foreslår statlig tilskudd til samarbeidsprosjekter mellom alternative behandlere og helsetjenesten og som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet.“ I Odelstingsproposisjonen står det ... ”uansett valg av samarbeidsprosjekter vil dette være aktiviteter som innebærer integrasjon med helsetjenesten” (s. 100). Videre skrives det: ”Myndighetene legger i denne sammenheng vekt på læringseffekten og bedre samarbeidsklima som kan skapes gjennom slike prosjekter.” Det er besluttet å gi statlige tilskudd til samarbeidsprosjekter mellom alternative behandlere og helsetjenesten. Hoveddelen av bevilgningen til samarbeidsprosjekter vil gå som tilskudd til samarbeidende aktører innen helsetjenesten og alternativ behandling, samt til evaluering av slike tiltak. Myndighetene er av den oppfatning at minste krav til samarbeid ligger som en grunnforutsetning i helsetjenestens rammevilkår (Ot.prp. nr 27, 2002-2003). Samarbeidet og integreringen bør også ta utgangspunkt i alternative behandlingsformer og en vurdering av disse behandlingsformenes aktuelle område for samarbeid og integrering. Begrunnelsen er at disse behandlingsformene nettopp representerer det nye og det alternative i forhold til den etablerte helsetjenesten. Det er disse behandlingsformene som skal tilføre nye behandlingsmuligheter for pasientene (Ot.prp. nr. 27, 2002-2003).

Helsetjenestens vilje til å sette seg inn i grenseflatene mellom de alternative behandlingsformer og eget fagområde, og i alternative behandleres evne og vilje til å forstå og etterleve helsetjenestens rammevilkår og krav til virksomhet, er etter helsemyndighetenes oppfatning de største utfordringene knyttet til samarbeid og integrering (Ot.prp. nr 27 2002-2003: 95).

1.7 Forskning om samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere og utvikling av integrert behandling

Fra 1980-årene og frem til i dag har vi internasjonalt sett en stigende tendens til at det etableres forsøk og opprettes sentre/klinikker hvor kombinerte behandlinger eller såkalte integrerte behandlinger tilbys pasienter, og i enkelte tilfeller trekkes forskning inn (Launsø 1989; Mulkins et al. 2003; Mann et al. 2004; Ruggie & Cohen 2005; Gamst et al. 2006; Vohra et al. 2005; Hollenberg 2006; Haahr & Launsø 2006; Launsø & Haahr 2007;

Coulter et al. 2007). Behandlere og forskere som inngår i etablering av utprøvinger med brobygging mellom helsepersonell og alternative behandlere og utvikling av integrert behandling, påpeker at det kan være store vanskeligheter forbundet med å etablere utprøvinger og sentre for integrert behandling (Mulkins et al 2005; Ruggie & Cohen 2005; Hollenberg 2006; Coulter et al. 2007; Weil 2007). Ved Harvarduniversitetet er leger i gang med å utvikle forslag til en modell for et integrativt omsorgssenter innenfor det konvensjonelle helsesystemet (www.osher.hms.harvard.edu). Det gjøres her utprøving med et klinisk team med både konvensjonelle og alternative behandlere. Prosjektet har knyttet til seg en sosialantropolog som skal identifisere interne og eksterne utfordringer.

Erfaringer fra Israel (Gamus 2007) viser at forutsetningene for å lykkes med samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere er at helsepersonell og de alternative behandlerne må ha høy kompetanse, behandlerne må forplikte seg til å samarbeide, det må være gjensidig respekt og man må erkjenne fordeler og begrensninger i egne og andres kapasitet. Disse erfaringene støttes av erfaringer fra et prosjekt som finner sted på et sklerosesenter i Danmark og som er initiert av Scleroseforeningen i Danmark (Launsø & Haahr 2007).

I internasjonal sammenheng er det etter det vi kjenner til imidlertid ikke gjennomført forskning som på nasjonalt nivå kartlegger og beskriver utprøvinger som er etablert, planlegges etablert eller ønskes etablert, med alternative behandlere innenfor sykehus.

1.8 Begreper som anvendes i forbindelse med samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere

Begrepet integrert medisin/behandling anvendes i faglitteraturen til å beskrive forskjellige måter og alternative behandlere kombinerer behandlingsmetoder på, eller måter helsepersonell inkorporerer elementer av alternative behandlingsmetoder på i sin pasientbehandling (Bell et al. 2002; Mann 2004; Mulkins et al. 2004).

Begrepet alternativ behandling defineres oftest som behandling som ikke normalt anvendes innen for det helsepersonellbehandlingsvesen og som det ikke gis offentlig tilskudd til (Ot.prp. nr 27 2002- 2003). Denne definisjonen sier mer om hva alternativ behandling ikke er enn hva alternativ behandling er. Når vi i denne rapporten bruker begrepet alternativ behandling, omfatter det behandlinger som er karakterisert ved å være orientert mot hele personen og har til formål å stimulere/balansere personens selvhelbredende eller selvregulerende prosesser, samt motivere brukeren for mobilisering av brukerens egen innsats i et sykdoms- og helbredelsesforløp. Alternativ behandling rommer både behandlende, forebyggende og helsefremmende aspekter, som ofte griper inn i hverandre. Disse behandlingene kan anvendes innenfor og utenfor helsevesenet. Utenfor helsevesenet vil det ikke være offentlige tilskudd.

Anvendelsen av begrepet integrert medisin/behandling avspeiler et behov innenfor helsevesenet for å arbeide med nye forståelser i behandling av sykdom og helseplager og nye tilnærminger til behandling av sykdommer og helseplager. Vi vil i det følgende kort beskrive disse nye forståelsene og tilnærmingene til behandling av sykdommer og

helseplager⁵. Til slutt i dette kapitelet vil vi reflektere over anvendelsen av begrepet og forsøke å komme nærmere en avklaring av bruken av dette begrepet.

1.9 Nye forståelser i behandling av sykdom og helseplager

Innenfor helsevesenet har det vært et internasjonalt utviklingstrekk med stadig mer spesialiserte, og derav mer fragmenterte, behandlingstilnærminger. Denne utviklingen har vist seg å være effektiv i behandlingen av en rekke sykdommer. Imidlertid ønsker mange pasienter med kroniske og mer komplekse sykdommer (kjennetegnet ved svært sammensatte symptombilder) et mer 'favrende' behandlingstilbud som omfatter både kropp og psyke og som også trekker inn pasientens erfaringsbakgrunn og kunnskaper. Mange av disse pasientene opplever at eksisterende helsepersonellbehandlinger ikke er effektive for dem. De etterspør behandlinger som tar utgangspunkt i andre måter å forstå sykdom på, og som ikke bare inkluderer sykdommen i seg selv, men også personen som har sykdommen.

Også i Norge er det stadig flere pasienter og pasientforeninger som stiller krav til utvikling av nye innfallsvinkler til behandling av sykdommer og helseplager. Kravene gjelder både innholdet i behandlingen og samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere. Samtidig etterspør pasientene behandlingsformer hvor de selv kan være aktive og ha en innflytelse.

Begrepene 'integrert behandling', 'integrativ medisin', 'integrert medisin' og 'integrert care' benyttes for å beskrive nye, mer 'kropp-psyke favrende' tilnærminger i behandling av pasienter. Begrepene brukes av leger, alternative behandlere og forskere (Johannessen 2006; Bell 2002; Gamst et al. 2006; Launsø 2007).

'Integrert/integrativ medisin' benyttes i overveiende grad av leger, mens forskere i økende grad bruker begrepene "integrert care" og 'integrert behandling'. I tillegg til dette begrepsmessige mangfoldet rundt samme tema, er det også stor variasjon med hensyn til hvilket innhold som blir tillagt disse begrepene.

Det er imidlertid felles for begrepene at de avspeiler en utvikling mot nye måter å behandle og samarbeide på innen helse. I tillegg avspeiler begrepene muligens også et behov og ønske om en slik utvikling, spesielt i relasjon til mennesker med kroniske sykdommer og helseplager. Videre dreier det seg om behandling som 1) går på tvers av tradisjonelle samarbeidsmønstre og 2) foregår mellom aktører som har ulike tilnærminger til sykdom og helse. I mange tilfeller viser begrepene til en form for kombinasjon av alternativ behandling og konvensjonell medisin/pleie.

⁵ Vi trekker her på deler av innholdet i en artikkel publisert på NIFABs hjemmeside: [Integrert behandling –Hva innebærer det?](http://www.nifab.no/artikler/integrert_behandling) Laila Launsø. http://www.nifab.no/artikler/integrert_behandling, 12.01.2007.

I det følgende har vi valgt å bruke begrepet 'integrrert behandling' som det overordnede begrep for å beskrive de nye, mer helhetsorienterte tilnærminger til behandling, og vi vil komme nærmere inn på en redegjørelse for innholdet i begrepet nedenfor.

I det følgende beskrives ulike profesjoners forståelser av og definerende prinsipper for integrert behandling. De profesjoner som i første rekke har vært engasjert rundt spørsmålet, er leger og samfunnsvitenskapelige forskere.

De har definert begrepet slik:

"a comprehensive, primary care system that emphasizes wellness and healing of the whole person" (Bell et al. 2002).

"aims to restore and prevent physical, emotional, energetic, spiritual and social unbalances based on the body's innate ability to heal with focus on the patient actively participating in their own health care" (Gamst et al. 2006) .

Ved universitetet i Arizona i Tucson er det etablert en etterutdannelse i 'integrrert behandling', primært rettet mot leger. I programmet for utdannelsen listes det opp åtte definerende prinsipper for integrert behandling (www.integrativmedicinearizona.edu):

- Patient and practitioner are partners in the healing process.
- All factors that influence health, wellness, and disease are taken into consideration, including mind, spirit, and community, as well as the body.
- Appropriate use of both conventional and alternative methods facilitates the body's innate healing response.
- Effective interventions that are natural and less invasive should be used whenever possible.
- Integrative medicine neither rejects conventional medicine nor accepts alternative therapies uncritically.
- Good medicine is based in good science. It is inquiry-driven and open to new paradigms.
- Alongside the concepts of treatment, the broader concepts of health promotion and the prevention of illness are paramount.
- Practitioners of integrative medicine should exemplify its principles and commit themselves to self-exploration and self-development.

Mens man gjennom disse prinsippene vektlegger forholdet mellom behandler og pasient, samt hvordan behandler forholder seg til vitenskap, helse, sykdom og behandlingsmetoder, legger andre leger ved medisinske utdanninger vekt på det terapeutiske samarbeid på tvers av profesjonelle grenser når de beskriver integrert behandling (Klinger et al. 2004).

1.10 Nye tilnæringer til behandling av sykdommer og helseplager

Både i Norge og internasjonalt har man etter hvert sett at noen legemiddelbehandlinger gir utilfredsstillende resultater for pasienter enten fordi slik medisiner ikke har den ønskede effekt, fordi det er mangel på medisiner innen et gitt sykdomsområde, eller fordi de eksisterende medisiner gir uønskede bivirkninger. Dette har bl.a. vært bakgrunnen for etableringen av en flerårig etterutdanning av leger i integrert behandling ved Universitetet i Arizona (se ovenfor).

Internasjonalt blir flere “integrerte” behandlingstilbud etablert både innenfor og utenfor det etablerte helsevesenet. Gjennom slike tilbud utvikles ulik praksis på feltet (Launsø 1989; Bell et al. 2002; Mann et al. 2004; Mulkins et al. 2004; Scherwitz et al. 2004; Hollenberg 2006; Coulter et al. 2007; Launsø & Haahr 2007):

Den enkelte lege inkorporerer selv alternative behandlingsmetoder i den skolemedisinske behandlingen av en bruker. Denne formen for kombinasjon av behandlingsmetoder finner sted i helsevesenet både i Norge og internasjonalt.

Leger henviser til alternative behandlere innenfor den alternative behandlingssektoren uten at leger og alternative behandlere evaluerer brukerens samlede behandlingsforløp. Denne praksisen finner sted i Norge og internasjonalt og har som konsekvens at det er brukerne, ofte uten rådgivning, som må kombinere de ulike behandlingene. Kunnskap om konsekvenser av brukernes kombinerte bruk av behandlere blir ikke systematisk registrert.

En gruppe som består av både konvensjonelle og alternative behandlere samarbeider i behandlingen av brukere innenfor det etablerte helsevesenet. Dette er ikke vanlig praksis, men samtidig vil en slik tilnærming kunne være en optimal kombinasjon av behandlinger. I Danmark har Scleroseforeningen satt i gang et behandlings- og forskningsprosjekt med sikte på å etablere et team av konvensjonelle og alternative behandlere på et sklerosesenter. Teamet arbeider med å utvikle behandlinger til mennesker med multipel sklerose (Haahr & Launsø 2006; Launsø & Haahr 2007).

1.11 Ulike nivåer i behandlingen

På tvers av faggrupper er det ennå ikke enighet om en definisjon av begrepet integrert behandling eller de øvrige lignende begreper som benyttes. Samlet kan begrepet sies å avspeile et behov for ny forståelse av behandling, nye former for samarbeid mellom behandlere og nye organisatoriske prosesser og strukturer innenfor helsevesenet.

Begrepet ’integrert behandling’ kan vise til tre nivåer som samlet sett bidrar til å beskrive hva begrepet omfatter (Gamst et al. 2006 ; Launsø 2007):

Behandlingsnivået Involverer alle aspekter som har innflytelse på helse, velvære og sykdom. Det inkluderer de fysiske, mentale, sjelelige, handlingsmessige, situasjonelle og sosiale aspekter. Pasientens selvhelbredende krefter, aktive deltakelse og innflytelse tillegges stor betydning for behandlingsresultatene. Behandlingen oppfattes derfor som

mer enn den tekniske metoden som benyttes, f. eks legemiddel, et trykk under foten eller et nålestikk. Kommunikasjon mellom pasienten og behandleren samt pasientens eget arbeid er vesentlige aspekter ved behandlingen.

Behandlernivået. Her kan det være snakk om parallellfaglig behandling som er kjennetegnet ved at behandlere arbeider parallelt uten å samarbeide med hverandre dvs. at behandlerne selv ikke tilpasser sine behandlinger i forhold til de øvrige behandleres behandlinger, men gir sine behandlinger uavhengig av hverandre. De alternative behandlingene betraktes da som et supplement til den skolemedisinske behandlingen. Behandlingsinnsatsen er kjennetegnet ved å være additiv dvs. man legger den alternativ behandling til den skolemedisinske uten å forholde seg til om noen av behandlingene skal revurderes. Denne form for behandling er i dag den mest utbredte form for det som kalles integrert behandling.

Tverrfaglig samarbeid. Kjennetegnet på dette er at behandlere som har utgangspunkt i ulike behandlingsmodeller, i samarbeid utvikler behandlingskombinasjoner hvor det tas hensyn til pasientens behov og mål med behandlingen. Tverrfaglig samarbeid krever kunnskap om hvordan de ulike behandlingene kan påvirke hverandre enten positivt eller negativt. Det krever at det utvikles et kjennskap til hvordan de forskjellige behandlingene interagerer, og at bruken av de enkelte skolemedisinske og alternative behandlingene revurderes i forhold til brukerens behov. Et tverrfaglig samarbeid er ennå en sjelden tilnærming⁶.

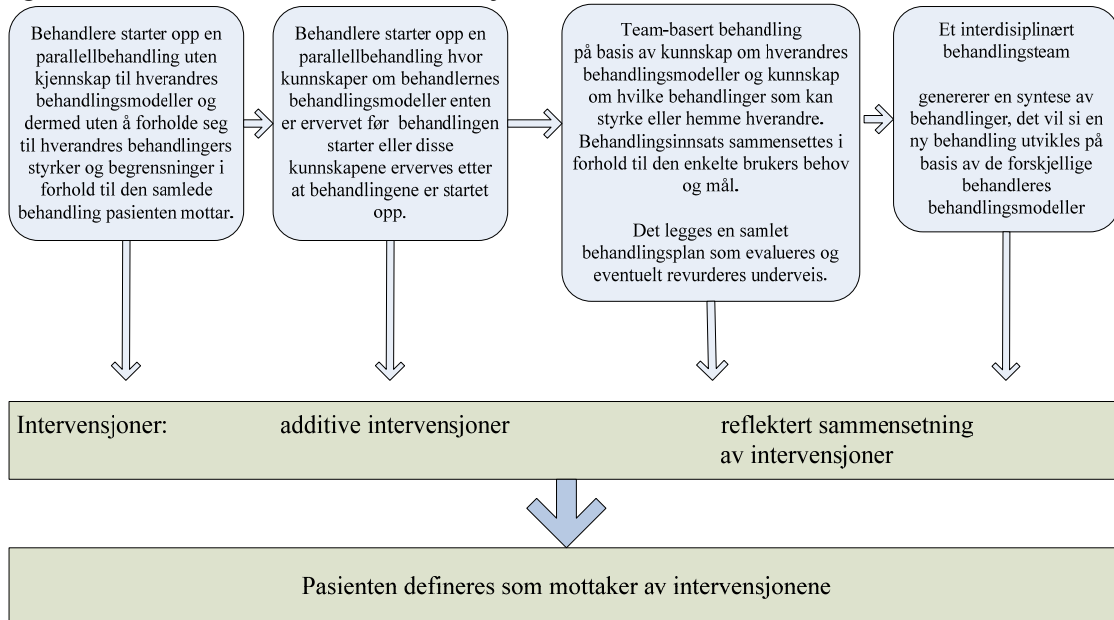
1.12 Refleksjon over anvendelsen av begrepet integrert behandling og et forsøk på å komme nærmere en avklaring av bruken av begrepet

Samtidig med at integrert behandling er under sterk utvikling internasjonalt, eksisterer det ikke en felles forståelse av begrepet. I anvendelse av begrepet har det vært fokus på behandlerne og intervensjonen og mindre på pasienten ut over at pasienten skal være aktiv.

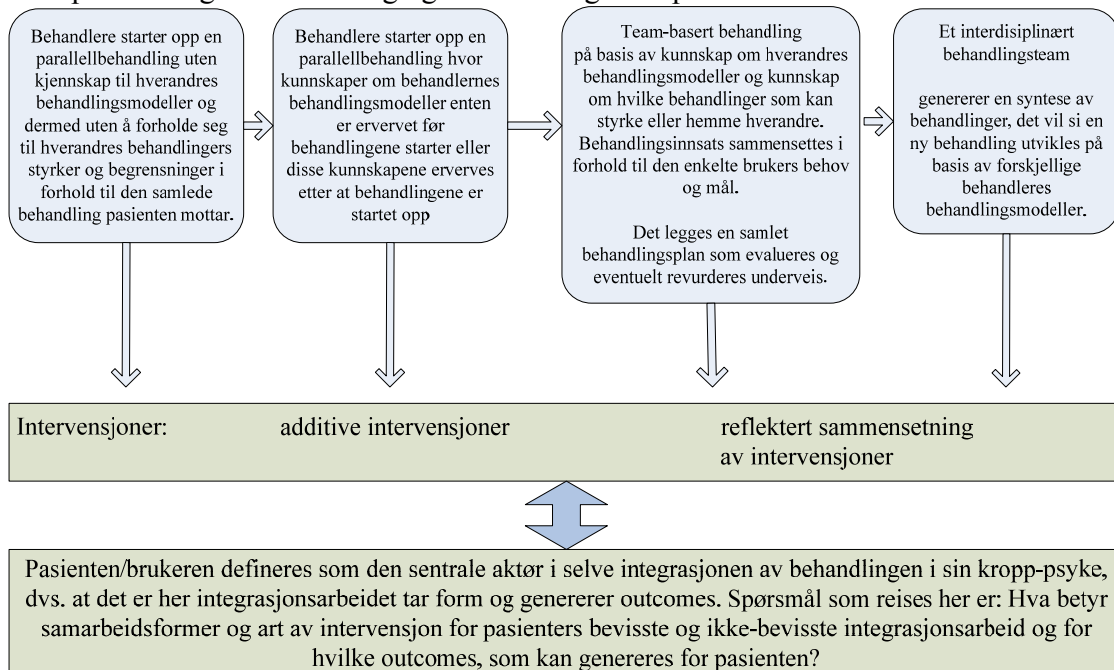
Vi vil i det følgende forsøke å skille mellom forskjellige samarbeidsformer mellom helsepersonell og alternative behandlere, intervensjoner og pasienten som blir mottaker av intervensjoner og sentral aktør. En illustrasjon av denne distinksjonen fremgår av figur 1 og figur 2.

⁶ Scleroseforeningen i Danmark har igangsatt et brobyggingsprosjekt hvor det arbeides med utvikling av et team som sammen skal utvikle integrert behandling av mennesker med multipel sklerose (Launsø & Haahr 2007).

Figur 1. Forskjellige samarbeidsformer mellom helsepersonell og alternative behandlere og brukeren som mottaker av intervensjoner.



Figur 2. Forskjellige samarbeidsformer, intervensjoner med brukeren som aktiv medspiller i valg av behandling og i behandlingsforløpet.



I figur 1 og figur 2 er beskrevet forskjellige samarbeidsformer som antas å kunne finne sted mellom helsepersonell og alternative behandlere. Vi skiller mellom additive intervensjoner og en reflektert sammensetning av intervensjoner. Vi antar at det mest brukte er additive intervensjoner. Denne antakelsen er begrunnet i den herskende ideologi som er karakterisert ved at alternativ behandling oppfattes som et supplement til skolemedisinen. Ideologien tilsier derved å gi alternativ behandling i tillegg til den skolemedisinske behandlingen. Det man unnlater å ta stilling til er hvordan de mest optimale behandlingsresultatene kan utvikles med færrest mulige intervensjoner. Etablering av teambasert behandling og interdisiplinært behandlingsteam forutsetter tilgang av ressurser og er mer faglig krevende for behandlere.

Forskjellen mellom figur 1 og figur 2 er, at pasienten er definert som en mottaker av intervensjoner i figur 1 mens pasienten i figur 2 er definert som en aktiv medspiller/bruker i valg av intervensjoner og i behandlingsforløpet. Vi antar at pasienten oftest defineres som mottaker av intervensjonen og dermed har liten innflytelse på bruk av intervensjonen. Vi vet ikke i dag hvilke samarbeidsformer eller hvilke intervensjoner og hvilken brukerrolle som genererer de beste outcomes hos brukere.

Den utbredte anvendelsen av begrepet “integrert” behandling mener vi henger sammen med at begrepet oppfattes som et godord. Samtidig er det et problem at begrepet refererer til og dermed rommer så mange forskjellige samarbeidsformer og forskjellige typer intervensjoner. Dessuten spør vi oss om det egentlige integrasjonsarbeidet er bundet i/hos/av den enkelte bruker av forskjellige behandlinger. Spørsmålet er om man skal tenke seg at det er brukerens oppgave å integrere behandlingene.

Vektleggingen som har vært på behandlerne og intervensjonen mener vi burde revurderes med en primær vektlegging av pasienten/brukeren og dennes behov, mål og mulighet for egen innsats som forutsetning for valg av samarbeidsformer og intervensjoner (figur 2).

I prosjektet vil modellen som fremgår av figur 1 og 2, bli anvendt i analysen av utprøvningsarbeidet som foregår på sykehusavdelinger med å trekke alternative behandlere inn i behandlingen av pasientgrupper. Et spørsmål som vil bli belyst er derfor hvordan de anvendte samarbeidsformer på norske sykehus kan beskrives i forhold til modellene i figur 1 og 2.

I neste kapittel beskrives prosjektet initiert av NAFKAM hvor utprøvinger med alternative behandlere i behandlingen av pasienter på norske sykehus er utforsket i perioden 2006-2007.

2 Prosjekt initieres på NAFKAM med fokus på en beskrivelse av utprøvinger med alternative behandlere i behandling av pasienter innenfor sykehus.

2.1 Prosjektets tilblivelse

Flere avdelinger ved UNN, Nordlandssykehuset Vesterålen og Sykehus Østfold Helseforetak (heretter kalt Sykehus Østfold) har tatt kontakt med NAFKAM fordi de ønsker et samarbeid om utprøving av alternativ behandling og samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere på sine avdelinger. NAFKAM har som en del av sin forskningsstrategi prioritert forskning om pasienters bruk av og erfaringer med alternativ behandling og helsepersonells kunnskap om og holdninger til pasienters bruk av alternativ behandling samt å beskrive motivasjon, ønske om kunnskap og holdninger som ligger bak etableringen av utprøving med alternativ behandling i det etablerte helsevesenet. Dette omfatter også å utforske de erfaringer som behandlere og pasienter høster i disse utprøvingene.

På bakgrunn av henvendelsene fra sykehusene innkalte NAFKAM i 2005 til et første samarbeidsmøte med avdelingslederne ved de avdelingene som hadde tatt kontakt med NAFKAM. Det var på dette tidspunkt kun avdelingene fra UNN. Nordlandssykehuset Vesterålen og Sykehus Østfold har kommet til etterpå.

På møtet som ble avholdt 15. juni 2005, deltok avdelingsledere som representerte seksjon for infeksjonsmedisin, avdeling for reumatologi og avdeling for klinisk psykiatri. Kvinneklinikken ønsket også å være representert på møtet, men var forhindret fra å møte. På møtet som også besto av forskere fra NAFKAM, ble man enige om å opprette en kjernegruppe bestående av representanter fra de ulike avdelingene og NAFKAM. Deltakerne i denne gruppen kan informere og veilede hverandre i forhold til de enkeltes prosjekter.

Neste møte i kjernegruppen ble avholdt 14. september 2005. På dette møtet deltok også representanter fra geriatrisk avdeling og avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Mellomveien bo - og rehabiliteringssenter (MBR). På møtet ble det reist forslag om å søke midler til en forskningsstipendiat som gjennom å følge prosessen ved de ulike avdelingene skal undersøke mulighetene og begrensningene for de ulike prosjektene, beskrive modeller og definere begreper. Deltakerne i kjernegruppa sluttet seg til dette forslaget. På møtet gjennomførte vi brainstorming om hvilke områder stipendiaten burde gå inn på.

Dette møtet ledet til planlegging av et forskningsprosjekt i januar 2006, på oppdrag fra kjernegruppen og med finansiering fra NAFKAM. En prosjektbeskrivelse ble utarbeidet av Lisbeth Nyborg som er ansatt som forsker på prosjektet og av Laila Launsø, seniorforsker ved NAFKAM, som er veileder på prosjektet. Lisbeth Nyborg har gjennomført de kvalitative intervjuene i prosjektet.

2.2 Formål med prosjektet

Formålet med prosjektet er å kartlegge og beskrive forskjellige utprøvinger med alternative behandlere i det etablerte helsevesen og beskrive de faktorer som fremmer og hemmer etableringen og driften av disse utprøvingene på sykehusavdelinger. Prosjektet har fokus på helsepersonells, alternative behandleres og initiativtakeres erfaringsbaserte kunnskaper i forbindelse med deres involvering i å etablere og drive samarbeid mellom alternative behandlere og helsepersonell på sykehusavdelinger.

Prosjektet er unikt i norsk og internasjonal sammenheng og vil kunne generere forskningsbaserte kunnskaper som det vil være behov for i det pågående arbeidet med å etablere samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere på sykehus nasjonalt og internasjonalt.

I forskning på utprøving og drift av samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere på sykehusavdelinger er flere aspekter relevante å utforske på tvers av forskjellige initiativer:

1. De organisatoriske kontekster hvor samarbeid etableres og drives.
2. Prosesser i samarbeidsforsøkene.
3. De outcomes forskjellige former for samarbeid produserer.

I dette prosjektet inkluderes punkt 1 og 2. Vi har kun kjennskap til en studie i Canada hvor to forskjellige samarbeidsforsøk er utforsket (Hollenberg 2006). Få studier har fokusert på de tre aspektene beskrevet ovenfor, og de har vært fokusert på et enkelt forsøk (Verhoef 2005; Launsø & Haahr 2007; Coulter et al. 2007).

2.3 Problemstillinger

Problemstillingene som blir utforsket i prosjektet, er følgende:

1. Hvilken motivasjon har helsepersonell for å utprøve alternativ behandling på sykehus?
2. Hva mener helsepersonell og initiativtakere/prosjektledere kjennetegner de forsøk som de utprøver, planlegger å utprøve eller ønsker utprøvd med alternativ behandling på sykehus?
3. Hvilke erfaringer har helsepersonell som er i gang med å utprøve alternativ behandling på sykehus fått med alternativ behandling og med samarbeidet med alternative behandlere? Og hvilke erfaringer har de alternative behandlerne fått med den alternative behandlingen i en sykehus-setting og samarbeidet med helsepersonell?
4. Hvilke former for samarbeid har helsepersonell og alternative behandlere etablert ved utprøving av alternativ behandling på sykehus?
5. Hvilke faktorer har helsepersonell og alternative behandlere opplevd som fremmende og hemmende for utprøving av samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere?

2.4 Forskningsdesign

Forskningsdesignet som er valgt for å utforske de oppstilte problemstillinger er et case-studie design. En case-studie kan defineres som en strategi for å studere et komplekst fenomen hvor det nettopp er koplingen mellom aktør og struktur (kontekst), som er i fokus. Case-studien er basert på en dybdeforståelse av det fenomen (her utprøving av alternativ behandling på sykehus) og den kontekst (sykehusorganisasjonen og avdelingene) fenomenet er forankret i. Det er i prosjektet anvendt flere datakilder: helsepersonell, alternative behandlere og initiativtakere samt flere datainnsamlingsmetoder: det kvalitative forskningsintervju, spørreskjema, dokumentarisk materiale og observasjon.

2.5 Materiale

2.5.1 Valg av avdelinger – cases og informanter

Avdelinger som har vært representert i kjernegruppa av behandlere fra UNN, er inkludert sammen med kreftavdelingen ved UNN, samt to prosjekter utenom UNN hvor prosjektlederne har tatt kontakt med NAFKAM om samarbeid omkring utprøving av alternativ behandling. Det er et prosjekt ved Nordlandssykehuset Vesterålen og prosjektet ”Det kreative sykehus/kreativa sjukhus som er et grenseregional samarbeid mellom Sykehus Østfold og NU Sjukvården i Sverige. Prosjektet Det kreative sykehus/kreative sjukhus inkluderer flere avdelinger på norsk og svensk side som bli beskrevet nedenfor. Det er flere avdelinger i Norge som planlegger tilsvarende utprøving av alternativ behandling, men mitt prosjekt har ikke kunnet romme alle. Følgende sykehusavdelinger og informanter ved UNN, Nordlandssykehuset Vesterålen, Sykehus Østfold i Moss og Fredrikstad, og NU-Sjukvården ved sykehusene i Uddevalla og Trollhättan er utvalgt:

Det kreative sykehus/kreativa sjukhus (Sykehus Østfold i Moss og Fredrikstad, og NU-Sjukvården ved sykehusene i Uddevalla og Trollhättan i Sverige):

- Prosjektleder⁷ på norsk side, Arne Brunvoll, musikkpedagog.
- Prosjektleder på svensk side, Gunda Svedung, utredningssekretær.
- Ruth Eckhoff, Annette Lunde, Anci Sandell og Arijon Aronsson, musikk terapeutene i prosjektet.
- Psykiatrisk sykepleier, DPS i Moss.
- Avdelingsleder på psykiatriavdelingen for demente i Fredrikstad.
- Ergoterapeut på psykiatriavdelingen for demente i Fredrikstad.
- Avdelingsleder på Medisinsk avdeling 2 i Moss.
- Sykepleier på Medisinsk avdeling 2 i Moss.

⁷ Initiativtakerne ved det kreative sykehus/det kreativa sjukhus er ansatt som prosjektledere. De er derfor noen steder omtalt som prosjektledere og noen steder som initiativtakere. Noen av initiativtakerne i de andre prosjektene er også prosjektledere, dette vil også gjelde for dem. I et av prosjektene har det også vært en ansatt koordinator, denne benevnelsen fremkommer derfor der.

- Sykepleier og hjelpepleier på psykiatriavdeling for demente i Uddevalla.
- Hjelpepleier og sykepleier på slagavdeling i Uddevalla.
- Sykepleier på dialyseavdelingen Trollhättan.
- Sykepleier på brystkreftavdelingen Trollhättan.
- Sykepleier på kirurgisk avdeling Trollhättan.
- Psykiatrisk sykepleier på dagpsykiatrisk senter Trollhättan.

Reumatologisk avdeling UNN:

- Prosjektleder, overlege Tove Riise.
- Overlege Xiaotong Li.
- Akupunktør Hege Gjerdrum, Resonansklinikken.

Psykiatri/Folkemedisin UNN/UIT:

- Prosjektleder Randall Sexton.
- Prosjektleders veileder, psykiater, professor Tore Sørli.

Nordlandssykehuset Vesterålen:

- Prosjektleder/avdelingsleder/psykiater Reiulf Ruud.
- Koordinator for prosjektet Åse Jacobsen.

Mellomveien Bo - og rehabiliteringssenter UNN:

- Avdelingsoverlege/prosjektleder Terese Folgerø.

Infeksjonsmedisin UNN:

- Oversykepleier/seksjonsleder Oddgeir Moe.

Kreftavdelingen UNN:

- Overlege Terje Risberg.

Geriatrisk avdeling UNN:

- Overlege Audhild Nyrnes.

Kvinneklinikken UNN:

- Overlege Ingrid Nilsen.

Det er ikke vi eller vårt forskningsmiljø som har designet de ulike utprøvingene initiativtakerne ønsker, planlegger eller er gått i gang med å utprøve. Poenget har vært nettopp å se på de ulike tilnærmingene som velges når helsepersonell forsøker å trekke alternative behandlere inn i sykehusavdelingene og utforske behandlernes erfaringer.

Alle initiativtakere/prosjektledere ved de ulike case har blitt valgt til informanter sammen med de alternative behandlerne i prosjektene som hadde etablert forsøk. Til sammen fem alternative behandlere.

Informantene blant helsepersonell er valgt ut av prosjektlederne i prosjektet hvor det var etablert samarbeid innenfor sykehuset. Kriteriene for utvelgelse var å finne de som jobbet nærmest de alternative behandlerne eller som var mest involvert i prosjektet på de ulike enhetene.

Det er gjennomført kvalitative intervju med 23 helsepersonell (leger og sykepleiere), fem alternative behandlere og prosjektledere/koordinatorer.

Flere av informantene i denne undersøkelsen har vi også et samarbeid med omkring vårt prosjekt, slik at vi har hatt flere roller i forhold til hverandre. Noen av dem har vært både våre informanter, samarbeidspartnere, oppdragsgivere, døråpnere, og refleksjonspartnere. Idéene i prosjektet har på mange måter utformet seg sammen med informantene, på samme måte som informantene har fått idéer til videreutvikling av sine prosjekter i samtaler med oss.

Hvert av de i alt 28 intervjuer er gjennomført på mellom 45 min og to timer. Prosjektleder på norsk og svensk side ble intervjuet sammen. I tillegg har prosjektleder på norsk side blitt intervjuet to ganger til, en gang om prosessen med igangsettelsen av prosjektet og en gang om delprosjekt ved DPS i Moss. Prosjektleder på svensk side er ikke intervjuet flere ganger, men intervjueren har hatt mange samtaler med henne i forbindelse med feltarbeidet i Trollhättan og Uddevalla.

2.6 Datainnsamlingsmetoder

2.6.1 Det kvalitative intervju

Prosjektet er primært rettet mot å få kunnskaper om behandleres og initiativtakeres erfaringer og refleksjoner i forhold til utprøving av alternativ behandling innenfor sykehus, herunder etablering og drift av samarbeid mellom alternative behandlere og helsepersonell. Det kvalitative forskningsintervju kan betraktes som et vesentlig redskap til å sette ord på en kobling mellom forskjellige former for knowhow og refleksiv tenkning. Det kvalitative forskningsintervju gir noen særlige muligheter for å fremme og tydeliggjøre en refleksiv tenkning hos informantene (her behandlerne og initiativtakerne).

Forskeren som en ”fremmed” eller utenforstående kan stille spørsmål ut fra nye innfallsvinkler. Gjennom utdypende, refleksjonsrettede oppsamlende og fortolkende spørsmål kan intervjuet føre frem til at informanten får klart for seg hva som ligger bak hans/hennes meninger om et gitt fenomen. Samtidig får informanten et lengre og sammenhengende tidsrom til å fortelle sin historie/beretning og til å gjøre seg forståelig for intervjueren og seg selv. Hannah Arendt skriver (2005:33) ”... mennesker i det omfang de lever, handler og bevæger sig i denne verden, kan kun erfare mening, så lenge de kan tale og gjøre sig selv forståelige for hinanden og for sig selv”. Dette betyr at mening konstrueres i et kvalitativt forskningsintervju hvor det kan være første gang informanter forteller om og reflekterer over sine erfaringer.

Styrken i det kvalitative intervjuet er derfor at det skaper mulighet for å erfare mening i en interaksjon av synspunkter mellom informant og intervjuer (inter-views, som S. Kvale, 1997 markerer). Det kvalitative intervjuet kan også gjøre noe med intervjueren i og med

at svar som er uventede for intervjueren, kan rokke ved intervjuerens for-forståelse. Derfor er det viktig at intervjueren er oppmerksom på egne for-forståelser og er parat til å erkjenne dem som for-forståelser som muligens skal revideres og gjøres til gjenstand for refleksiv tenkning underveis i intervjuet og etter intervjuet.

Vi har ikke skolemedisinsk, annen helsefaglig eller alternativmedisinsk bakgrunn og befinner oss ikke på noen av behandlernes side. Som forskere ved NAFKAM står vi ved vårt utgangspunkt for forskning, nemlig å verken fremme eller hemme samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere på sykehus. Samtidig har vi naturligvis en bevissthet om at vår blotte eksistens og vårt engasjement i å forske omkring disse tema i seg selv av andre kan oppfattes som en fremmede faktor. Intervjueren har som administrativ leder ved NAFKAM i senterets fem første år tilegnet seg kunnskap som har vært nyttig i hennes samtaler med både leger, helsepersonell og alternative behandlere. Hun har hatt mulighet til å sette seg inn i deres situasjon og å bruke deres begreper.

Vi har i dette prosjektet, som tidligere understreket, fokus på behandlernes og initiativtakernes erfaringer. Erfaring forstår vi som et kulturelt fenomen som skapes og formes gjennom en relasjon mellom den enkelte person og den omkringliggende verden (se bl.a. Elkjær 2005: 119). Erfaringer er dermed ikke subjektive størrelser uavhengige av kontekstene – den verden – som behandlere handler i. Derfor er uttalelser ikke kontekstfri men kontekst-iboende. Behandlernes og initiativtakernes kulturelle, sosiale og organisatoriske kontekster danner dermed et bakgrunnsteppe for deres beretninger og meningsbeskrivelser i intervjuet. Det er nødvendig å få beskrevet kontekstene om utprøving av alternativ behandling via intervjuet – man kan si at det nettopp er det kvalitative intervjuets oppgave å koble informantens beretninger og meningstilskrivelse med de relevante kontekster (her sykehus og de avdelingene hvor utprøvingene finner sted).

Befolkningens bruk av alternativ behandling, krav fra pasienter, pårørende og pasientorganisasjoner, den offentlige politikk på området, maktstrukturene i samfunnet, trendene, sykehusorganisasjonens struktur, avdelingskulturen, holdningen til involvert helsepersonell og alternative behandlere er med og setter rammen omkring behandlernes beretninger og meningsbeskrivelser i intervjuene som intervjueren har hatt med dem.

Det kvalitative intervju er ikke bare en ”tapping” av informantens knowhow og tenkning, men i høy grad et sosialt og nærende møte hvor informanten setter ord på sin knowhow, tenkning, handling og erfaringer.

Vår erfaring er mange gode samtaler med informantene. Intervjueren var med på å få dem til å reflektere mer over sine tanker og erfaringer, og intervjuene åpnet også for nye tanker hos henne i den interaktive prosessen.

I samtaler hvor intervjueren har spurt om ”hvorfør ønsker du å gå i gang med dette prosjektet”, har en informant svart ”fordi...” hun har da spurt informanten: ”kan det ikke også være slik....?” hvorpå informanten svarer: ”... jo, det er det jo, men det hadde jeg ikke tenkt på før du spurte...”.

Intervjuerens samtaler og møter med informantene har trolig fått flere av dem til å reflektere mer rundt hva de gjør, hvorfor de gjør det og hvilken betydning det kan ha.

2.6.2 Svakheter med intervjuene

Intervjuene med initiativtakere/prosjektledere ble spredt utover i tid, for at vi skulle få god tid til å reflektere rundt det enkelte intervju. Intervjuene av helsepersonell og alternative behandlere i det kreative sykehus/kreativa sjukhus ble derimot foretatt i løpet av tre dager. Det ble mange intensive intervjuer etter hverandre, med liten tid til refleksjon etter hvert intervju. Dette ble gjort av praktiske og økonomiske hensyn.

2.6.3 Spørreskjemaundersøkelse

Det ble utviklet et spørreskjema til pasientene ved de ulike involverte avdelinger på UNN som ønsker igangsatt utprøving med integrert behandling. Formålet med spørreskjemaundersøkelsen var å kartlegge pasientenes tidligere erfaring med alternativ behandling, om de ønsker et samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere ved sin sykehusavdeling og hvilke spesifikke alternative behandlinger de eventuelt kunne ha ønske om.

Spørreskjemaene skulle deles ut av helsepersonell ved avdelingene, men flere avdelinger så det ikke som ressursmessig gjennomførbart. Noen avdelinger ønsket ikke å gjennomføre undersøkelsen fordi de anser deres pasienter ute av stand til å svare på spørreskjema. Ved psykiatrisk avdeling på UNN ønsket de ikke å gjennomføre undersøkelsen fordi de allerede hadde gjennomført en tilsvarende spørreskjemaundersøkelse i forbindelse med et prosjekt om tradisjonell medisin. Det ble derfor kun én avdeling som gjennomførte spørreskjemaundersøkelsen, og det var svært få som svarte på undersøkelsen. Data fra undersøkelsen er derfor ikke med i denne rapporten.

2.6.4 Dokumentarisk materiale

De kvalitative intervjuene har vært hovedkilden til data, men vi har hatt tilgang til og benyttet oss av prosjektbeskrivelsene på de ulike utprøvingene, søknadene til både de planlagte og igangsatte utprøvingene, evalueringsskjemaene som blir benyttet både i akupunktur og leddgiktprosjektet og i det kreative sykehus/kreativa sjukhus samt møtereferater og planrapporter i de ulike prosjektene. De ulike dokumentene har intervjueren benyttet for i større grad å kunne sette seg inn i prosjektene, som forberedelse til intervjuene.

2.6.5 Observasjon på avdelinger

Med prosjektlederne i det kreative sykehus/kreativa sjukhus har vi hatt flere møter, først på NAFKAM i januar 2006 og deretter i Moss i juni 2006. Intervjueren har også hatt samtaler med prosjektlederne hver for seg i Moss og Trollhättan. På feltarbeid i juni var intervjueren med på et lunsjmøte med personalet på den psykiatriske avdelingen for demente. I den forbindelse fikk hun også lov å delta på en sangsamling på avdelingen.

I akupunktur og leddgiktprosjektet har vi vært med i prosjektgruppa og vært med på prosjektmøter både i planleggingen av prosjektet, underveis og på evalueringsmøte i etterkant.

Vi har også utenom selve intervjuene hatt møter med prosjektleder ved Nordlandssykehuset Vesterålen.

2.7 Ni utprøvinger – igangsatt, planlagt, ønsket – på sykehusavdelinger

Tabell 1 gir en oversikt over utprøving med alternativ behandling innenfor sykehus. Den beskriver både samarbeid som er etablert, planlegges etablert og ønskes etablert. Etter tabellen beskrives hver av samarbeidutprøvingene kort.

Tabell 1 Oversikt over igangsatte, planlagte og ønskede utprøvinger av alternativ behandling innenfor sykehus

Igangsatt utprøvinger	Planlagte utprøvinger	Ønske om utprøvinger
Akupunktur og leddgikt prosjektet; UNN	Nordlandssykehuset Vesterålen	Kreftavdelingen, UNN
Det kreative sykehus/ Det kreativa sjukhus Østfold HF og NU-Sjukvården	Mellomveien Bo - og rehabiliteringssenter UNN	Geriatrisk avdeling, UNN
Psykatri / folkemedisin, UiT/UNN	Infeksjonsmedisin, UNN	Kvinneklubben, UNN

2.7.1 Igangsatte utprøvinger

2.7.1.1 Det kreative sykehus/kreativa sjukhus⁸

Prosjektet det kreative sykehus/kreativa sjukhus er et grenseregionalt samarbeid mellom Sykehuset Østfold HF og NU-Sjukvården. Ved Sykehuset Østfold er avdelinger fra Moss og Fredrikstad med, mens i NU- Sjukvården er avdelinger fra Trollhättan og Uddevalla med. Mål for prosjektet er å ivareta hele mennesket i en behandlingssituasjon gjennom kulturelle aktiviteter og musikkterapi.

Fire musikkterapeuter ble ansatt i prosjektet, to i Norge og to i Sverige. De har arbeidet på avdelingene, og ønsket har vært at de skulle inngå som en del av behandlingsteamet.

Avdelingene som er valgt ut til musikkterapi, er ved Sykehuset Østfold i Moss: Post 7 (alderspsykiatrisk utredningspost) Ved Sykehuset i Moss: Post M2 (slag-geriatri) og Post M1 (indremedisinsk sengepost). I Uddevalla er det en alderspsykiatrisk avdeling og en avdeling for medisinsk rehabilitering. I Trollhättan er det fire avdelinger: en avdeling

⁸ Prosjektet det kreative sykehus har laget en egen rapport om sitt prosjekt.

med psykiatriske dagpasienter, en gynekologisk og en onkologisk avdeling (En strålebehandlingsavdeling og en kirurgisk brystkreftavdeling).

Interreg⁹ krevde å bruke kvantitative evalueringsskjemaer for å evaluere behandlingsresultatene. På noen avdelinger er det helsepersonell som tar seg av evalueringsskjemaene, på andre avdelinger har musikkterapeuten måttet gjøre dette selv. Musikkterapeutene skriver en egen rapport, med egen evaluering av prosjektet og behandlingene.

2.7.1.2 Akupunktur og leddgiktprosjektet ved Reumatologisk avdeling, UNN
Norge og Kina inngikk i 1999 en intensjonsavtale om et helsesamarbeid, og en treårig handlingsplan ble undertegnet da helseminister Dagfinn Høybråten besøkte Kina i oktober 2002. En særavtale som spesifiserte samarbeidet innen tradisjonell kinesisk medisin (TKM) ble undertegnet av helseministrene Gao Qiang og Ansgar Gabrielsen under statsbesøket i Norge i oktober 2004. NAFKAM har fått i oppgave av Sosial- og helsedirektoratet å ivareta det faglige ansvaret for den delen av samarbeidet som er knyttet til TKM.

Høsten 2004 hadde tre reumatologer fra norske sykehus et opphold ved China-Japan Friendship Hospital i Beijing for å studere deres behandlingsmetoder innen TKM. To av legene var fra UNN. Som et resultat av oppholdet, har UNN i samarbeid med NAFKAM planlagt og gjennomført en utprøving hvor leddgiktpasienter ved reumatologisk avdeling ved UNN har fått akupunkturbehandling av akupunktør. Utprøvingen var designet slik at pasientene skulle få akupunkturbehandlingen på sykehuset, men av praktiske grunner og mangel på rom på sykehuset, har pasientene fått akupunkturbehandlingen utenfor sykehuset på akupunkturklinikken hvor akupunktøren i utprøvingen arbeider.

Målet med utprøvingen har vært å dokumentere hvilke behandlingsresultater leddgiktpasienter kan oppnå. Man har også ønsket å få erfaring med hvordan et slik prosjekt praktisk kan gjennomføres. To leger ved avdelingen, en forsker og en koordinator fra NAFKAM, samt akupunktør har arbeidet med prosjektet. I tillegg har vi vært to forskere tilknyttet prosjektet, Gry Sagli fra UiO og Lisbeth Nyborg fra NAFKAM.

2.7.1.3 Psykiatri og folkemedisin

Helse Nord har bevilget midler til et treårig forskningsprosjekt hvor psykiatriske pasienters bruk av, holdninger til og erfaringer med alternativ behandling/samisk folkemedisin skal kartlegges. Gjennom prosjektet ønsker man i første omgang å få mer kunnskap om de alternative behandlingsformene som pasienter benytter seg av i dag, hvilke pasientgrupper dette dreier seg om og hvordan pasientene bruker disse behandlingsformene i forhold til det skolemedisinske tilbudet. Prosjektet vil også finne ut

⁹ Interreg er et interregionalt samarbeid mellom Sverige og Norge. Interreg bevilger midler til prosjekter som skal øke samarbeidet mellom Sverige og Norge.

av hvordan pasientene forholder seg til et eventuelt samarbeid mellom skolemedisin og tradisjonelle hjelpere. Dersom pasientene ønsker et slikt samarbeid, vil det arbeides videre med å legge forholdene til rette for et integrert behandlingstilbud, og det vil bli gjennomført et forskningsprosjekt hvor man evaluerer effekten av det integrerte behandlingstilbudet. Denne evalueringen vil i neste omgang kunne danne utgangspunkt for hvorvidt slik integrering skal implementeres i større målestokk.

2.7.2 Planlagte utprøvinger

2.7.2.1 Prosjektet på helhetlig behandling ved Nordlandssykehuset Vesterålen

Nordlandssykehuset Vesterålen planlegger et pilotprosjekt for utvikling og evaluering av en helhetsorientert og integrert behandlingsmetode med sikte på rehabilitering av langtidssykemeldte til arbeidslivet. Etableringen og utviklingen av et behandlingstilbud vil skje gjennom sammensetning og utvikling av et behandler-team. Forskningsdesign og datainnsamlingsmetode ønskes utviklet i nært samarbeid med NAFKAM.

2.7.2.2 Seksjon for Infeksjonsmedisin, UNN

Det er stor interesse for og ønske om et helhetlig behandlingstilbud blant HIV/AIDS pasienter i Norge. På denne bakgrunn ønsker Hiv Norge (tidligere Pluss LMA) å bidra til etableringen av et helhetlig behandlingstilbud til Hiv-positive i Norge. Prosjektet skal etablere og prøve ut en tverrfaglig samarbeidsmodell for helhetlig behandling. Målet er at erfaringene kan legges til grunn for etablering av et permanent tilbud.

Seksjon for Infeksjonsmedisin ved UNN har ønsket et samarbeid om dette prosjektet, og vil fungere som vertsinstusjon og base for prosjektet. Seksjon for Infeksjonsmedisin ønsker en forskningsbasert evaluering av prosjektet i samarbeid med NAFKAM.

2.7.2.3 Avdeling for medisin og rehabilitering, UNN

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved MBR har i samarbeid med NAFKAM søkt om midler til et forskningsprosjekt der MS-pasienter og nevrologers bruk av, holdninger til og erfaringer med alternativ og integrert behandling ønskes kartlagt. Prosjektet har ikke pt. oppnådd finansiering.

2.7.3 Utprøvinger det er ønske om å igangsette

2.7.3.1 Kreftavdelingen, UNN

Kreftavdelingen ser for seg at alternativ behandling kan være av betydning for pasientene i forhold til mestring, smertelindring og livskvalitet og ser flere ulike komplementære behandlingsformer som aktuelle. Dersom kreftavdelingen får muligheter og ressurser, vil de være med i et samarbeid med NAFKAM omkring forskning.

2.7.3.2 Kvinneklinikken, UNN

Kvinneklinikken er representert i kjernegruppen med klinikere fra de ulike avdelingene som ønsker utprøvinger med samarbeid med alternative behandlere på sin avdeling. Avdelingen er ikke kommet i gang med planleggingen av et konkret prosjekt, men ønsker å få i gang et forskningsprosjekt med evaluering av alternativ behandling ved alvorlig svangerskapskvalme på avdelingen. I dag brukes akupunktur som smertelindring ved fødsel på avdelingen til de som ønsker slik smertelindring.

2.7.3.3 Geriatrisk avdeling, UNN

Geriatrisk avdeling er representert i kjernegruppen med klinikere fra de ulike avdelingene som ønsker utprøvinger med alternativ behandling på sin avdeling. Avdelingen er ikke kommet i gang med planleggingen av et konkret prosjekt, men ser muligheten for utprøving med alternativ behandling.

2.8 Analyse

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Etter gjennomlesing av tekstene i flere omganger ble meningsenheter valgt ut, og vi gikk i gang med å arbeide med å uttrykke temaer som dominerte i disse meningsenhetene. Vi benyttet oss av analyseskjemaer som verktøy for å få et overblikk, og for å kunne sammenligne de ulike casene. Utprøvingene som ikke er igangsatt ble sammenlignet med de utprøvinger som er igangsatt. Helsepersonell og alternative behandleres erfaringer i de igangsatte prosjektene ble sammenlignet. De ulike aktørenes erfaringer ved de ulike avdelingene ble også sammenlignet.

3 Resultater

Resultatkapittelet er strukturert og delt inn etter de fem temaene som problemstillingene belyser. Konklusjonskapittelet rommer svar på problemstillingene.

3.1 Initiativtakeres og helsepersonells motivasjon for å utprøve alternativ behandling ved sykehus

Initiativtakere og helsepersonell (se note 1 side 5) på tvers av de ulike prosjektene ser at det ikke er alt skolemedisinen kan hjelpe pasientene med, og ser dermed behov for nye verktøy og nye tilnæringer i behandlingen av pasienter, spesielt i forhold til rehabilitering, lindring, mestring og livskvalitet. Alle initiativtakerne og helsepersonalet i denne studien ønsker å prøve ut alternativ behandling på sykehus fordi de mener det kan utgjøre en forskjell for deres pasienter. De kjenner til pasientenes omfattende bruk av alternativ behandling og ønsker å se hvilke behandlingsresultater de kan oppnå for sine pasienter hvis de supplerer med alternativ behandling. De ønsker å igangsette prosjekter for å få erfaringer, observere og dokumentere virkninger av alternative behandlinger for sine pasienter. Noen ønsker å sette i gang prosjekter fordi de har noen antakelser om at enkelte behandlingsmetoder, sammensatte behandlingsintervensjoner eller samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere kan forbedre behandlingsresultater for deres pasienter. De er ofte styrt av en faglig nysgjerrighet for å finne ut av hvilken betydning dette som så mange pasienter benytter seg av, kunne ha for deres pasienter i klinikken.

De gjennomførte intervjuene med initiativtakere og helsepersonell viser at motivasjonen til å utprøve alternativ behandling er rettet dels mot pasientene, dels mot en bestemt alternativ behandlingsmetode eller mot alternativ behandling mer generelt, dels mot samarbeid mellom ulike behandlere og dels mot organisatorisk samordning mellom skolemedisinsk og alternativ behandling. For flere av initiativtakerne og helsepersonalet kommer flere av disse motivasjonsfaktorene til uttrykk.

3.1.1 Motivasjon til initiativtakerne og helsepersonell på igangsatte prosjekter

Motivasjonen som det primært er satt ord på i intervjuene, er rettet mot en bestemt alternativ behandlingsmetode. Noen av initiativtakerne og helsepersonell har erfaring med at alternativ behandling har effekt, har få bivirkninger og er billigere enn skolemedisin. En av initiativtakerne har tatt legeföreningens akupunkturkurs og praktisert akupunktur i mange år. Hans pasienter får akupunkturbehandling hvis pasienten selv tar initiativ til det. Han har for eksempel erfaring med at akupunktur har stor effekt ved kvalmebehandling. Det er også få bivirkninger og behandlingen er mye billigere enn den skolemedisinske. Initiativtakeren har positiv erfaring med akupunktur og ønsker forsøk med utprøving av akupunktur som kvalmebehandling ved svangerskapskvalme, postoperativt og ved cellegiftbehandling.

”Alternativ behandling som ikke har bivirkninger og ikke flår folk, da kan de drive med hva de vil for min del.” ”Mange har den holdningen, men mange er redd for å si det”.
(Initiativtaker).

”Vi vet jo at placebo har en voldsom effekt, og det er kanskje maks placeboeffekt, men hvis det kan gjøre en kreftpasient kvalmefri, hva så? Ikke er det dyrt, og ikke er det skadelig og det har en positiv effekt.” (Initiativtaker)

Initiativtaker innenfor det kreative sykehus/kreativa sjukehus er musikkpedagog og har jobbet med musikk innenfor rusomsorgen, fengselsvesenet og psykiatrien. Han har sett hva musikkterapi kan bidra med innenfor disse områdene og ønsker nå å se hva musikkterapi kan bidra med innenfor det somatiske område.

Motivasjonen hos initiativtakere og helsepersonell er således knyttet til egne erfaringer med hva enkelte alternative behandlingsmetoder kan gi av behandlingsresultater og en faglig nysgjerrighet på hva akupunktur eller musikkterapi kan bidra med for pasientene.

3.1.2 Initiativtakeres og helsepersonells motivasjon for prosjektene under planlegging

Den motivasjonen, som initiativtakere og helsepersonell setter ord på i forbindelse med sin planlegging av utprøvinger, er rettet mot deres pasienter, alternativ behandling generelt og mot samordning av alternativ og skolemedisinsk behandling.

Motivasjonen rettet mot deres pasienter kommer til uttrykk i intervjuene som:

- Et ønske om å utforske muligheten for bedre behandlingsresultater for deres pasienter.
- En oppmerksomhet på at deres pasienter ønsker samarbeid mellom skolemedisin og alternativ behandling.
- Et ønske om å forbedre livskvaliteten for deres pasienter.
- Et ønske om å kunne minske smerter for deres pasienter.
- Et ønske om å kunne unngå alvorlige bivirkninger av skolemedisin.
- Et ønske om å lette hverdagen for deres pasienter og få pasientene til å ha det bedre.

Motivasjonen rettet mot alternativ behandling kommer til uttrykk i intervjuene som:

- Alternativ behandling har et helhetssyn som er viktig for pasientene.
- ”Helhetssynet innenfor alternativ behandling kan bidra til tilfriskning av våre pasienter... Det å ta vare på deres psyke og tro på å bli frisk”. (Initiativtaker)
- Alternativ behandling kan fasilitere det forebyggende og helsefremmende helsevesenet.
- Interesse for alternativ behandling.
- Egne positive erfaringer med alternativ behandling.
- Ser behov for nye behandlingstilnærminger.
- Ser behov for behandlinger med færre bivirkninger.
- Positiv til alternativ behandling.
- Ser at pasientene har glede og nytte av alternativ behandling.

Motivasjon rettet mot samordning av alternativ behandling og skolemedisinsk behandling går primært på et ønske om å få samlet den skolemedisinske og den alternative behandling på ett sted så behandlingstilbudet henger sammen både for utøvere og pasienter.

En av initiativtakerne uttrykker det slik:

”Noen får stygge bivirkninger av skolemedisin og leter med lys og lupe etter noe som kan fungere like godt som skolemedisin, uten å gi bivirkninger. Det kan påvirke livskvaliteten å styre rundt, shoppe rundt forskjellig behandling. Dersom pasientene hadde tilbud om andre [alternative] behandlinger på sykehuset, kunne de finne alt på et sted og slippe belastningen med å løpe rundt.” (Initiativtaker)

Videre sier han:

”For de pasienter som vil være interessert i det, så vil det kunne bidra med en større grad av samling av områder og det er en god del psykiatriske pasienter som sliter med behov og følelser og ønsker som ikke henger sammen. De sliter med å få ting til å henge sammen inneni seg og i sitt forhold til andre og de som sliter med det og vil ha mer sammenheng og mer klarhet i hvem de er og hva de føler og hvordan tingene henger sammen i livene sine, kanskje de ville bli hjulpet av noe annet som blir mer samlet.” (Initiativtaker)

Og fortsetter:

”Det er eksempler på pasienter som shopper og som de kan bli dårligere av. Den shoppingen opprettholder en indre splittelse som de lider under. Problemene med mange av de som holder på slik er at de ikke er klar over at det er det de holder på med. Jeg har hatt folk som har måttet blitt gjort oppmerksomme på hvordan denne shoppingen har gjort dem dårligere. Ofte sitter dette langt inne fordi denne shoppingen er en måte og holde smerte og ubehag unna på ved å deponere litt her og litt der og holde smerten unna i forskjellige leire. Dersom det blir mulighet for samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere, vil det gi mulighet til samling av det som er vanskelig i livet, og pasientene blir nødt til å forholde seg til det.” (Initiativtaker)

3.1.3 Motivasjonen for helsepersonell som har ønske om utprøvinger av alternativ behandling

Motivasjonen for helsepersonell som har ønske om utprøving av alternativ behandling, er mest rettet mot pasienten. De har et ønske om å utforske mulighetene for bedre behandlingsresultater for pasientene, først og fremst supplerende behandling som kan hjelpe pasientene i forhold til mestring, livskvalitet, smertelindring og rehabilitering. De er ikke opptatt av de enkelte behandlingsmetodene i seg selv, eller av samarbeidet mellom ulike behandlere. De er først og fremst opptatt av alternativ behandling som supplement for deres pasienter.

3.2 Kjennetegn ved de forsøk som utprøves eller ønskes utprøvd med alternativ behandling på sykehus

Tabell 2 gir en oversikt over de intervensjoner, målgrupper, utøvere, intensjoner og initiativtakere som kjennetegner utprøvingene som er igangsatt, under planlegging eller som der er ønske om å få igangsatt på sykehus.

Tabell 2 Kjennetegn ved de utprøvinger som utprøves, er under planlegging eller ønskes utprøvd med alternativ behandling på sykehus

Igangsatte utprøvinger:	
<i>Akupunktur og leddgikt:</i>	
Intervensjoner:	Akupunktur
Målgruppe:	Leddgiktpasienter
Utøvere:	Akupunktører
Intensjon:	Teste spesifikke behandlingsmetoder
Initiativtaker:	Helsepersonell på sykehusavdelingen
<i>“Det kreative sykehus/kreativa sjukhus”:</i>	
Intervensjoner:	Musikkterapi
Målgruppe:	Psykiatriske, kreft-, dialyse-, slagpasienter
Utøvere:	Musikkterapeuter
Intensjon:	Teste spesifikke behandlingsmetoder
Initiativtaker:	Prosjektleder ”Det kreative sykehus/kreativa sjukhus”
Planlagte utprøvinger:	
<i>Psykiatri og folkemedisin:</i>	
Intervensjoner:	Tradisjonell medisin
Målgruppe:	Psykiatriske pasienter
Utøvere:	TM behandlere
Intensjon:	Optimalisere koordinering mellom etablert og tradisjonell medisin
Initiativtaker:	Helsepersonell med kunnskap om og interesse i tradisjonell og alternative behandling
<i>Infeksjonsseksjon, UNN:</i>	
Intervensjoner:	Ulike behandlingstilnæringer
Målgruppe:	HIV/AIDS-pasienter
Utøvere:	Mange forskjellige helsepersonell og alternative behandlere
Intensjon:	Forebygge sykdom, optimalisere behandlingsresultater
Initiativtaker:	Pasientorganisasjon

<i>Nordlandssykehuset Vesterålen:</i>	
Intervensjoner:	Ulike behandlingstilnæringer
Målgruppe:	Langtidssykemeldte ansatte på sykehus
Utøvere:	Mange forskjellige helsepersonell og alternative behandlere
Intensjon:	Forebygge sykdom, optimalisere behandlingsresultater
Initiativtaker:	Helsepersonell
Ønske om utprøvinger	
<i>Kreftavdelingen, UNN:</i>	
Intervensjoner:	Ulike alternative behandlinger
Målgruppe:	Kreftpasienter
Utøvere:	Alternative behandlere eller helsepersonell med opplæring i alternativ behandling
Intensjon:	Mestring, livskvalitet
Initiativtaker:	Helsepersonell
<i>Geriatrisk avdeling, UNN:</i>	
Intervensjoner:	Ulike alternative behandlinger
Målgruppe:	Geriatriske pasienter
Utøvere:	Alternative behandlere eller helsepersonell med opplæring i alternativ behandling
Intensjon:	Mestring, livskvalitet
Initiativtaker:	Helsepersonell
<i>Mellomveien Bo - og rehabiliteringssenter UNN:</i>	
Intervensjoner:	Ulike alternative behandlinger
Målgruppe:	Pasienter med multippel sklerose
Utøvere:	Alternative behandlere eller helsepersonell med opplæring i alternativ behandling
Intensjon:	Mestring, livskvalitet
Initiativtaker:	Helsepersonell
<i>Kvinneklinikken, UNN:</i>	
Intervensjoner:	Akupunktur
Målgruppe:	KK pasienter
Utøvere:	Alternative behandlere eller helsepersonell med opplæring i akupunktur
Intensjon:	Se om pasientene kan få bedre behandlingsresultater med færre bivirkninger og mer kostnadseffektiv behandling
Initiativtaker:	Helsepersonell

Av Tabell 2 fremgår det at det er mange ulike intervensjoner som er igangsatt, planlegges eller ønskes igangsatt, både sammensatte intervensjoner med helhetlig behandling med en rekke ulike alternative behandlingsformer, og enkeltintervensjoner som akupunktur, musikkterapi, tradisjonell behandling, fotsoneterapi, aromaterapi og massasje.

Målgruppene er pasienter innlagt på sykehus, dagpasienter, pasienter på rehabiliteringsopphold og i et av prosjektene langtidssykemeldte. Pasienter representerer et bredt spekter av diagnoser: HIV/AIDS-pasienter, MS-pasienter, kreftpasienter, psykiatriske pasienter, slagpasienter, pasienter med kvinnesykdommer og geriatriske pasienter.

I de utprøvinger som er igangsatt, utføres den alternative behandling av alternative behandlere, og i utprøvinger under planlegging vil det være både alternative behandlere og helsepersonell med opplæring i alternative behandlingsformer som vil behandle.

Intensjonene med de ulike utprøvingene har vært å se hva ulike alternative behandlinger kan tilføre pasienter med ulike sykdomsgrupper, og dels se hva samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere i en sykehussetting kan gi av erfaringer og behandlingsresultater for ulike pasientgrupper.

Initiativet til de ulike utprøvingene med alternativ behandling på sykehus har dels vært tatt av helsepersonell innenfor de aktuelle sykehusavdelinger, dels av pasientorganisasjoner og dels av eksterne aktører med tilknytning til sykehusavdelinger eller forskere/forskerinstitusjoner.

3.3 Alternative behandleres og helsepersonells erfaringer med utprøving av alternativ behandling på sykehus

Tabell 3 gir en oversikt over alternative behandleres og helsepersonells erfaringer med utprøving av alternativ behandling på sykehus.

Tabell 3 Oversikt over helsepersonell og alternative behandleres erfaringer med utprøving av alternativ behandling på sykehus

	Akupunktur og leddgikt	Det kreative sykehus/ det kreativa sjukehus
Alternative behandleres erfaring med behandlingen	Erfart gode behandlingsresultater	Erfart gode behandlingsresultater
Helsepersonells erfaringer med den alternative behandlingen	Har ikke erfaringer	Opplever positive endringer med pasientene. Ser gode behandlingsresultater
Alternative behandleres erfaring med samarbeid	Har savnet samarbeid	Ufordrende Møtt motstand Vært lite behandlingssamarbeid
Helsepersonells erfaringer med samarbeid	Har ikke vært samarbeid ¹⁰	Har vært lite samarbeid, fordi musikkterapeutene har vært lite på den enkelte avdeling Noen utfordringer.

¹⁰ Behandlingen foregår eksternt utenfor sykehuset, det har derfor ikke vært mulighet til å utvikle et behandlingsamarbeid.

3.4 Alternative behandleres erfaringer med utprøvinger av alternative behandling på sykehusavdelinger

Musikkterapeutene har erfart gode resultater med pasientene både i gruppeterapi og i individuelle behandlinger. De opplever at pasienter som har mistet språket, har fått det tilbake, begynner å synge og får tilbake livsmotet og endrer syn på tilværelsen og livet.

En av terapeutene forteller om en mann som hadde amputert foten og i tillegg var blind og svært overvektig og hadde diabetes. I begynnelsen var han en vanskelig person å arbeide med, men i løpet av den perioden hun jobbet med ham, ble han transformert. Hun hadde tatt utgangspunkt i at han hadde vært seende og mintes opplevelser ved en bekk. Terapeutene bestemte seg derfor for å spille inn naturlyd fra der hvor han hadde vokst opp. Pasienten og terapeuten planla da et prosjekt sammen der han trente med protese for å kunne dra av gårde i bilen med musikkterapeuten for å kunne komme til bekken og ta opp lyden på CD. Han var kreativ og fikk livsgnisten tilbake. Han ble veldig forandret, noe personalet på avdelingen også fikk merke. Han hadde brukt å skjelle på dem, nå var han veldig aktiv, veldig glad. Han fikk bekreftet at han var verdt noe, så selv om han til sist døde, fikk han en god avslutning på livet. Han var kreativ og positiv den siste tiden.

Slike cases er det mange av, forteller musikkterapeutene. Det er eksempler på pasienter som får livsgnisten tilbake, finner frem igjen til aktiviteter og ferdigheter de var gode til tidligere i livet.

Akupunktøren var lenge skuffet over behandlingsresultatene fordi hun ”er vant med å få til mer”. Hun lurte lenge på om de ville få noen effekt i det hele tatt. Da prosjektet nærmet seg slutten, oppdaget hun at det ”skjer jo masse” med pasientene. Hun anser leddgikt som en tung materie, lite hokuspokus som med andre diagnoser. Men mange pasienter opplevde økt livskvalitet, ble bedre i magen, fikk bedre søvn og bedre allmenntilstand.

3.5 Helsepersonells erfaring med alternative behandlingsmetoder

Helsepersonell opplever også at det skjer endringer med pasientene. I musikkterapiprosjektet opplever de at pasienter som har mistet språket, begynner å synge. De opplever pasienter som blir roligere og gladere. Samtidig som de ser at positive endringer skjer med pasientene, blir de også mer positive til musikkterapi som metode. De endrer sitt syn på musikkterapi fra å se på det som underholdning til å se på det som behandling.

Selv om akupunkturbehandlingen i akupunktur og leddgiktprosjektet ikke har foregått på sykehuset, har legene som har vært involvert i prosjektet, hatt pasientene på etterkontroll og har slik fått kunnskap om hva den alternative behandlingen har bidratt med for pasientene.

Alle pasientene var positive til behandlingen de hadde fått. Noen mente de var blitt bedre i leddene, noen hadde fått bedre livskvalitet og bedre søvnkvalitet og magesmerter hadde forsvunnet.

Ingen av pasientene sa til legene at de ikke tålte behandlingen. Noen synes de ikke hadde fått den effekt de hadde forventet. Noen hadde blitt verre, men tror de ville blitt enda verre hvis de ikke hadde fått behandlingen og at akupunkturbehandlingen hadde holdt det i sjakk. De hadde forventet at de skulle bli verre fordi de kjenner mønsteret i sykdommen sin.

Mange mente at selv om de kanskje ikke var blitt bedre i leddene, hadde de fått det bedre på mange andre områder.

Alle pasientene var positive i forhold til hva de selv føler de har fått ut av behandlingen, samt positive til at prosjektet gjennomføres og at reumatologisk avdeling har tatt initiativ til det.

På bakgrunn av disse positive pasienterfaringer ønsker helsepersonalet å videreføre prosjektet.

3.6 Alternative behandlere og helsepersonells erfaringer med samarbeid

Som tidligere omtalt, er det kun to behandlingsprosjekter som er igangsatt, musikkterapiprosjektet og akupunkturprosjektet. I akupunkturprosjektet ble akupunkturbehandlingen utført utenfor sykehuset på klinikk hvor akupunktøren arbeider. Det ble således ikke noe behandlingssamarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere. Helsepersonell i akupunkturprosjektet ønsker seg på bakgrunn av rapportering fra pasientene en videreføring av prosjektet, og kunne tenke seg mer samarbeid med akupunktøren. Reumatologene ser for seg at akupunktur kunne være en del av et tverrfaglig behandlingstilbud på avdelingen. Som et første steg, ser de for seg at akupunktur blir tilgjengelig på avdelingen eller på sykehuset.

Det er kun i musikkterapiprosjektet at helsepersonell og alternative behandlere har fått erfaringer med et behandlingssamarbeid. 10 avdelinger var med i prosjektet: Fire i Østfold, fire avdelinger i Trollhättan (en av avdelingene på Trollhättan var bare med i prosjektet siste måneden) og to i Uddevalla. Det er helsepersonell ved disse avdelingene og de fire musikkterapeutene som har vært ute i de ulike avdelingene, som har fått de erfaringene vi presenterer her.

For musikkterapeutene har det vært utfordringer med samarbeidet med helsepersonalet. På en av avdelingene opplevde musikkterapeutene motstand. Ulike aktører opplevde dette forskjellig, noen mente dette handler om at helsepersonalet følte seg truet fordi musikkterapeuten kommer nærmere pasientene enn de gjør selv, fordi hun har en annen arbeidsmetode. Motstanden kan også forstås som et uttrykk for at det er interne stridigheter på avdelingen, slik at stemningen på avdelingen er dårlig, og at det da er ekstra vanskelig for nye behandlere å få innpass.

Helsepersonell forteller at mange av personalet er skeptiske til alternativ behandling og ikke ser hvorfor det skal gis på deres avdeling. De mener at mange av personalet er redde for endringer og det som er nytt. Men også på denne avdelingen er helsepersonell blitt

mer positive ettersom de selv har sett positive endringer med pasientene. De har selv erfart gode behandlingsresultater med musikkterapi, og slik er de underveis blitt mindre skeptiske og mer positivt innstilt overfor musikkterapeuten.

Musikkterapeutene og helsepersonell har ikke mye erfaring fra samarbeid, for som vi vil si mer om i neste avsnitt, har det ikke vært mye reelt behandlingssamarbeid. Det har vært mer parallell behandling, med eller uten kjenneskap til hverandres behandlingsmodeller.

Musikkterapeutene har ønsket seg mer behandlingssamarbeid. En av terapeutene hadde store ambisjoner i forhold til å få til samarbeid omkring pasientene, og har blitt skuffet: "Jeg har kommet hit for å forsøke å bygge relasjoner og jobbe tverrfaglig, men det har ikke vært helt lett." (Musikkterapeut)

Det er grunn til å tro at problemene med å samarbeide kan skyldes at musikkterapeutene ble plassert ute på avdelingene for å igangsette musikkterapi, uten at musikkterapeutene og helsepersonalet først hadde fått mulighet til å bli kjent med hverandres behandlingsmodeller, forutsetninger og motivasjon. Dette kjennskapet har blitt til underveis, mens musikkterapeutene har vært på avdelingen, i større eller mindre grad, og mer eller mindre systematisk.

3.7 Erfaringer på tvers av avdelingene med å utvikle et samarbeid

Av intervjuene fremgår det at der er følgende fire faktorer som behandlerne anser for vesentlige for utvikling av et samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere: tid, ressurser, klimaet og kulturen på sykehusavdelingene og behandlernes motivasjon.

3.7.1 Tar tid å utvikle samarbeid

Erfaringen til flere av de alternative behandlerne er at samarbeidet med helsepersonell på avdelingene har gått bedre etter hvert. En sier: "Jeg føler meg mer og mer inkludert i fellesskapet. Det har blitt større forståelse for musikkterapi som behandlingsform." Behandleren synes det er sørgelig at når prosjektet begynner å gå seg til, når man finner frem til en god arbeidsform og samarbeider bedre, da er prosjektet over. Det er derfor viktig at man bruker god tid til å planlegge slike prosjekter nøye og kanskje ikke starter før man er helt klar, slik at man ikke bruker hele prosjektperioden på å la prosjektet gå seg til. Samtidig kan man si at man kjenner lite til erfaringer fra tidligere med samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere, slik at prosjektene er med å gi noen erfaringer for hvordan man skal gå frem i slike typer samarbeid. Prosjektet "Det kreative sykehus/kreativa sjukhus" har i så måte fremstått som et pilotprosjekt, selv om man har fått finansiell støtte til et hovedprosjekt. Skal man evaluere behandlingsresultatene fra prosjektet, må man ta høyde for at alt ikke var klart til start, og at behandlingen, arbeidsformen, samarbeidet og måten å rapportere behandlingsresultatene på har gått seg til, og kunne, som i de aller fleste nybrottsprosjekter, vært gjort annerledes. Det vil derfor være synd om man på bakgrunn av et prosjekt som ikke har funnet sin form før på slutten av prosjektperioden, og dermed er å betrakte som en pilot, skulle trekke konklusjoner om behandlingen har hatt gode resultater eller ikke. De vesentlige kunnskaper prosjektet rommer er erfaringer med å etablere slike samarbeidsprosjekter.

Noe av forklaringen på at det har blitt slik, er prosjektets rammebetingelser. Det kreative sykehus/kreativa sjukehus har fått midler av Interreg for en begrenset periode, slik at det ikke ble tid til en pilot hvor man kunne forberede behandlingssamarbeidet. Prosjektet måtte gå rett på behandlingen og evaluere med de skjemaene som Interreg krevde.

Helsepersonell på flere av avdelingene synes det har vært positivt å ha en musikkterapeut på avdelingen og opplever at også pasientene er veldig fornøyde. Men de synes musikkterapeuten er for lite på avdelingen og at det slik ikke blir mye samarbeid, men det samarbeidet som er synes de er godt.

3.7.2 Resursskrevende

Noen av initiativtakerne og helsepersonell i denne studien sier at de tror at årsaken til at det er så vanskelig å få til utprøvinger med samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere på sykehus, er at det er veldig resursskrevende. I en ellers travel hverdag med pasienter ser de ikke hvordan det skulle la seg gjøre å tilføre personalet enda flere oppgaver.

Samtidig er det flere som har erfart at prosjektet har tilført ikke bare pasientene mye, men også de ansatte og arbeidsmiljøet og stemningen på avdelingen. En 'tilleggsgevinst' på en av avdelingene har vært at personalet har startet kor hvor både avdelingsoverlegen, avdelingsleder, musikkterapeuten og store deler av staben deltar. Dette har vært veldig samlende for avdelingen.

Noen sier at det også er kostnadskrevende og at et sykehus med store underskudd ikke kan prioritere alternativ behandling. Andre derimot argumenterer for det motsatte, fordi alternativ behandling kan være svært kostnadseffektiv. Det kan være et konkurransefortrinn for et sykehus som tilbyr alternativ behandling til pasientene.

3.7.3 Betydningen av klimaet og kulturen på avdelingen

Den avdelingen i det kreative sykehus/kreativa sjukehus hvor musikkterapeuten møtte størst motstand, var på en avdeling som fra før av hadde store interne konflikter. Avdelingen var blitt tvangsflyttet fra et annen sykehus, flere ledere hadde møtt veggen og sluttet, og det var store stridigheter og uro. Dette visste ikke musikkterapeuten om, så hun oppfattet måten hun ble møtt på som en motstand mot henne og musikkterapi. Det er ikke lett å komme inn på en avdeling som representant for noe nytt når det fra før av er store problemer på avdelingen.

Avdelinger i musikkterapi prosjektet som derimot har et godt klima og gode samarbeidsformer, har stått bedre rustet til å imøtekomme en ny og alternativ profesjon. Musikkterapeutene som har vært på avdelinger med et slikt klima, har ikke møtt samme type motstand som i tilfellet over.

På flere av avdelingene opplever musikkterapeuter og helsepersonell at samarbeidet har vært godt, selv om det ikke har vært mye reelt behandlingssamarbeid. Mange av avdelingene har personale som er vant til å arbeide sammen med mange ulike profesjoner, og ved de fleste avdelingene er også legene positive og ikke skeptiske.

3.7.4 Helsepersonell og alternative behandlere har ulik motivasjon

Alternative behandlere i vår studie peker på et ønske om å få faget sitt, om det er akupunktur eller musikkterapi, oppfattet som mer seriøst ved å være behandler innenfor eller i samarbeid med det etablerte helsevesen. Akupunktøren i prosjektet har også et ønske om autorisasjon eller offentlig godkjenning.

Samtidig vil det være en selektert gruppe av alternative behandlere som søker seg til det etablerte, og også en 'håndplukket' gruppe som blir valgt av helsepersonell til å arbeide i det etablerte. Det vil trolig utgjøre de som er mest positive til å samarbeide med helsepersonell og som er opptatt av, motivert for og ønsker å arbeide tverrfaglig.

3.8 Samarbeidsformer som er etablert ved utprøving av alternativ behandling på sykehus

Tabell 4 viser hvilke former for behandlingssamarbeid som er etablert.

Tabell 4 Ulike former for samarbeid som er etablert mellom helsepersonell og alternative behandlere på sykehus

Samarbeidsformer	Innenfor sykehuset	Utenfor sykehuset
Parallellbehandling uten kunnskap om hverandres behandlingsmodeller	Flere av avdelingene ved det kreative sykehus/kreativa sjukhus	Akupunktur og leddgikt
Parallellbehandling med kunnskap om hverandres behandlingsmodeller	Flere av avdelingene ved det kreative sykehus/kreativa sjukhus	

Som beskrevet i tabell 4, ser vi at det er ulike samarbeidsformer som finner sted når alternative behandlere trekkes inn på sykehus for å samarbeide med helsepersonell om behandling av pasienter.

I denne undersøkelsen er det akupunktur og leddgiktprosjektet ved reumatologisk avdeling ved UNN og prosjektet det kreative sykehus/kreativa sjukhus med ulike sykehusavdelinger i Moss, Fredrikstad, Uddevalla og Trollhättan hvor alternativ behandling er igangsatt.

Ved reumatologisk avdeling ble akupunktur av praktiske grunner ikke gitt innenfor sykehuset, men utenfor på en akupunkturklinikk hvor akupunktøren i prosjektet arbeider. Det har derfor ikke vært noe samarbeid mellom akupunktør og helsepersonell utover de møter som har vært med de ulike aktører i prosjektgruppa.

Ved siden av akupunkturbehandlingen har pasientene gått hos sine leger på sykehuset som ikke har hatt kjennskap til at pasientene har vært med i prosjektet, med mindre pasientene har orientert legen om det. En av pasientene i prosjektet ble satt på en medisin av legen mens hun var med i prosjektet, slik at hun måtte trekke seg fra akupunkturbehandlingen.

Legene som er med i prosjektet, har gjennom planlegging av prosjektet og i prosjektgruppemøter fått kunnskaper om behandlingen akupunktøren gir. De har dessuten vært på studieopphold i Kina og således tilegnet seg kunnskap om akupunktur i Kina. I prosjektet på reumatologisk avdeling er det snakk om parallellbehandling uten kjennskap til hverandres behandlingsmodeller.

Ved det kreative sykehus/kreativa sjukehus er ulike samarbeidsformer kommet til uttrykk på de ulike avdelingene. Ulike faktorer har hatt betydning, så som hvor mye musikkterapeuten har vært på avdelingen, avdelingskultur, holdningene til personalet, tidspress og ressurser.

I møter prosjektgruppen har hatt med ansvarlig helsepersonell ved de ulike avdelingene eller avdelingslederne, ble det avklart at måten musikkterapeutene skulle jobbe med pasientene på og måten musikkterapeutene og helsepersonell skulle samarbeide på (uten at dette ble nærmere definert) måtte bli forskjellig ved de ulike avdelinger.

Ved post 7 i Fredrikstad har det vært en parallellbehandling hvor man har kunnskap om de forskjellige behandlingsmodellene. Men det har først og fremst vært helsepersonell som har fått kunnskap om den alternative behandlerens modell og ikke omvendt. Musikkterapeuten har fått noe kjennskap til helsepersonalets behandlingsmodeller fordi hun har vært med på avdelingsmøter, hatt tilgang til og selv skrevet i pasientenes journaler og deltatt på fellessamlinger.

På tvers av avdelingene i det kreative sykehus/kreativa sjukehus kan vi samlet sett si det har vært parallellbehandling uten kjennskap til eller med grader av kjennskap til hverandres behandlingsmodeller.

Intensjonene har vært større enn hva som har vært mulig å få til med begrensede ressurser. Med en musikkterapeut i 50 % stilling fordelt på 3 avdelinger er det vanskelig å få til et behandlingssamarbeid omkring pasientene fordi de ulike behandlerne får så lite tid sammen. Det er grunn til å tro at det også handler om at musikkterapien blir sett på som et supplement som ikke har noen konsekvenser for den 'ordentlige behandlingen', da musikkterapien er blitt definert som et supplement til den skolemedisinske behandlingen.

3.9 Motivasjons betydning for valg av samarbeidsmodell

Motivasjonen til helsepersonell/initiativtakere i de igangsatte prosjektene har vært å se hva henholdsvis akupunktur og musikkterapi kan bidra med for pasienter i ulike sykdomsgrupper. Akupunktur og leddgiktprosjektet har hatt fokus på hvilken effekt akupunktur kan ha for leddgiktspasienter. Samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere har ikke vært intensjonen og det er følgelig ikke valgt en samarbeidsmodell. Behandlingssamarbeid kunne imidlertid ha blitt utviklet dersom akupunkturbehandlingen hadde blitt gjennomført på sykehuset.

I musikkterapiprosjektet har også motivasjonen vært å se hva musikkterapi som metode kan bidra med for pasientene. Samarbeid mellom musikkterapeutene og helsepersonell har likevel vært vektlagt i prosjektet. Samarbeid har tatt sikte på å forankre terapeutene i

avdelingene, gi dem tilgang til pasientjournaler, invitere dem til faste møteplasser. Musikktérapeutene har deltatt på disse faste møteplassene og har i tillegg selv tatt initiativ til individuelle møter med leger, avdelingsledere, sykepleiere etc. Men et behandlingssamarbeid omkring den enkelte pasient er ikke etablert.

Praktiske forhold som at musikktérapeutene har hatt liten tid ved hver avdeling, har hindret muligheten til å utnytte et godt samarbeidspotensial som ligger i motivert helsepersonell og alternative behandlere.

3.10 Faktorer som fremmer og hemmer utprøvinger av samarbeid med alternative behandlinger på sykehus

I tabell 5 har vi listet opp de faktorer behandlerne har gitt uttrykk for har fremmet og hemmet 1) utprøving av alternativ behandling på sykehus og 2) utvikling av et samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere.

Tabell 5 Fremmende og hemmende faktorer for etablering av utprøvinger og utvikling av samarbeid mellom helsepersonell og alternativ behandlere på sykehus

Fremmende faktorer	Hemmende faktorer
Støttende ledelse	Eksisterende konflikter på avdelingene
Åpen og nysgjerrig avdelingskultur	Interne barrierer og skepsis til alternativ behandling
Motivert helsepersonell	Mangel på motivasjon blant helsepersonell
Kunnskap om alternativ behandling og behandlingsresultater	Mangel på kunnskap om alternativ behandling og behandlingsresultater
	Prosjekt styrt ovenfra
	For kort innleggelsestid
	Begrensede ressurser

3.10.1 Fremmende faktorer

3.10.1.1 Faktorer knyttet til ledelsen

For alle prosjektene har det vært av stor betydning at de har vært drevet frem av profesjonelle ildsjeler. Det kreative sykehus/kreativa sjukehus hadde ikke blitt planlagt og gjennomført uten prosjektleders brennende engasjement og tro på at musikkterapi har mye å bidra med for pasienter. Et prosjekt med så mange aktører (ledelse, helsepersonell og alternative behandlere) ved flere avdelinger på norsk og svensk side krever engasjement, pågangsmot og stor arbeidsinnsats. Dette er vesentlige aspekter i denne profesjonelle rollen.

Prosjektet ved Nordlandssykehuset Vesterålen hadde aldri blitt planlagt uten prosjektlederen som tidligere har bygget opp Distriktpsikiatrisk Senter i Vesterålen.

Hans visjoner om et endret helsevesen fokuser på forebygging og helsefremmende arbeid, fremfor reparering.

Psykiatere og leger som har arbeidet et langt liv i helsevesenet og ser at pasienter ikke blir friskere av skolemedisinske metoder og som ser behov for nye tilnærminger og tar initiativ til nye prosjekter, er en forutsetning for å få i gang slike prosjekter. Idéene og engasjementet til slike enkeltpersoner er av stor betydning.

Ledelsen ved sykehusene i Østfold, Trollhättan og Uddevalla har støttet prosjektet fra idé til prosjektslutt. Prosjektet ble tidlig forankret i ledelsen. Det har hatt stor betydning for at de har lyktes med å gjennomføre prosjektet.

Også ved UNN og Nordlandssykehuset Vesterålen har det vært en positiv og støttende ledelse, selv om prosjektene ikke har vært forankret i ledelsen.

En av avdelingslederne på norsk side i musikkterapiprojektet forteller at helsepersonell på deres avdeling ble svært motivert ved å få være med på prosjektet: “Vi følte oss utvalgt, tenkte det måtte være noe spesielt med oss, som gjorde at sykehusledelsen tenkte at vi var en avdeling som var godt egnet til å gjennomføre dette prosjektet.”(Avdelingsleder)

3.10.1.2 Åpen og nysgjerrig avdelingskultur

Ved de fleste avdelinger i det kreative sykehus/kreative sjukhus har de stått godt rustet til å ta imot alternative behandlere og samarbeide med dem, fordi de har tradisjon for å arbeide flerfaglig. Erfaringer med å ha mange forskjellige profesjoner på en sykehusavdeling kan hjelpe på i en prosess med etablering av samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere. Det er ikke alle stedene som har et reelt tverrfaglig samarbeid, selv om mange behandlerprofesjoner arbeider side om side.

Avdelinger som har en ledelse og personale som er åpen for å prøve nye tilnærminger og som er positive til alternativ behandling, har et fortinn når det skal prøves ut alternativ behandling i samarbeid med helsepersonell.

Alle avdelingene ved Trollhättan i Sverige ga uttrykk for at de var åpne og ikke skeptiske til noe. Holdningen var at man må prøve alt som kan være til gagn for pasientene. En slik holdning er med å fremme mulighetene for å få etablert slike utprøvinger.

3.10.1.3 Motivert helsepersonell

Motivert helsepersonell er en klar fremmede faktor for å lykkes med samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere.

På et av sykehusene i Sverige kom en norsk lege som har jobbet mye med musikkterapi, for å holde foredrag til alle legene på sykehuset. Foredraget har av flere i prosjektet blitt omtalt som et magisk øyeblikk, og en forklaring på hvorfor alle har vært så positive til prosjektet i etterkant. Aksept, forståelse og positiv innstilling hos legene har, slik det blir beskrevet av involvert helsepersonell, stor betydning for deres motivasjon for et samarbeid med musikkterapeutene.

3.10.1.4 Kunnskap om alternativ behandling og behandlingsresultater

Intervjuene i denne undersøkelsen forteller oss at kunnskap om alternativ behandling og behandlingsresultater har vært en fremmede faktor for å planlegge å igangsette utprøvinger av alternativ behandling.

Musikkterapiprosjektet ble initiert av Østfold musikkråd og Sykehuset Østfold. Initiativtakeren som har jobbet med musikkterapi innenfor flere felt, også psykiatrien, og sett hvilke behandlingsresultater man kan oppnå, har vært pådriver for å få prosjektet i gang.

Akupunkturprosjektet ble også initiert av leger som hadde vært på studietur i Kina og satt seg inn i akupunktur og hva akupunktur kunne bidra med for pasienter med reumatologiske lidelser.

Som vi har beskrevet, er motivasjonen blitt større og samarbeidet bedre etter som tiden går og helsepersonell får mer kunnskap om de alternative behandlernes behandlinger, og etter hvert som de selv erfarer gode behandlingsresultater for pasientene.

3.10.2 Hemmende faktorer

3.10.2.1 Interne barrierer og skepsis til alternativ behandling

Enkelte blant helsepersonalet i de etablerte prosjektene har vært negative til å få musikkterapeut på avdelingen fordi de finner det urimelig at folk utenfra skal komme inn på deres avdeling og få gjøre nye, kreative, spennende ting med pasientene mens personalet selv må fortsette med alt det tunge, rutinemessige arbeidet med stadig færre ressurser. De synes også at det kan være feil bruk av ressurser, og mener at de selv kunne spille og synge for pasientene.

På noen avdelinger har musikkterapeutene møtt noe de har oppfattet som motstand mot dem og mot musikkterapi. Det kan nok ha vært motstand, men bakgrunnen for denne motstanden skyldes mer faktorer på avdelingen enn skepsis til terapeutene og terapien. Allerede eksisterende konflikter på grunn av omstrukturering, tvangsflytting og nedbemanning skaper ikke rom for å ta i mot nye medarbeidere og nye metoder på en positiv måte.

Noen ansatte har også motstand til behandleren og behandlingen fordi de er skeptisk til det de ikke har kunnskap om og er redde for endringer.

3.10.2.2 Mangel på kunnskap om alternativ behandling og behandlingsresultater

Noen av initiativtakerne i de ulike prosjektene mener at en av barrierene for å få i gang prosjektene er at helsepersonell ikke ønsker noe samarbeid med alternativ behandling fordi de mangler kunnskap om alternativ behandling og behandlingsresultater.

Det er også en barriere for å få til et samarbeid når prosjekter allerede er etablert, dersom helsepersonell ikke har kunnskap om den alternative behandlingen som den alternative behandleren kommer inn på en sykehusavdeling for å gjennomføre.

Som beskrevet ovenfor om fremmede faktorer, kan utprøvinger som gjennomføres gi helsepersonell mer kunnskap om alternativ behandling og de behandlingsresultater behandlingen kan gi.

Mange blant helsepersonalet er skeptiske til alternativ behandling fordi de ikke har kunnskap om hvilken effekt alternativ behandling kan ha for deres pasienter. Dette er en kunnskap som i liten grad finnes i dag.

3.10.2.3 Mangel på motivasjon blant helsepersonell

Intervjuene fra denne undersøkelsen viser at mange ansatte ikke er motivert til å utprøve alternativ behandling på sin avdeling eller å samarbeide med alternative behandlere fordi de mangler kunnskap om hvilken effekt alternativ behandling kan ha. Etter hvert som de ser en behandlingseffekt, blir de mer motivert.

3.10.2.4 Begrensede ressurser

Begrensede ressurser er helt klart en hemmende faktor for utprøvinger med alternativ behandling på norske sykehus. Helsepersonell i denne undersøkelsen som har ønske om utprøving med alternativ behandling, ser ikke hvordan det skal la seg gjennomføre med de begrensede økonomiske ressurser de har til rådighet. Som én sier: "Vi skulle gjerne hatt vår egen massør, vår egen aromaterapeut. Vi skulle gjerne hatt litt kunstterapi, vi skulle gjerne hatt mange ting som kunne vært godt for pasientene, det hadde vi støtta 100 %, men vi har ikke lokaler til det og vi har ikke penger til det." (Initiativtaker)

Samtidig sier han: "Det kan jo muligens være slik at vi prøver å unnskyld oss fordi at vi ikke gjør det, med at vi ikke har muligheter og ressurser, men det er knapt altså. Det kunne jo være at hadde man vært mer aktiv så hadde man fått det til likevel, det må jeg jo innrømme. Det kan jo være mulig man kunne gjort disse aktivitetene andre steder, og det kan jo være mulig at når dere har fått med noen avdelinger til å gjøre noe i hvert fall, så kan jo kanskje også våre pasienter benytte det ja." (Initiativtaker)

I prosjektet på reumatologisk avdeling på UNN lot det seg ikke realisere å få behandlingsrom på sykehuset. Akupunkturbehandlingen ble derfor gitt på akupunkturklinikk utenfor sykehuset.

På sykehuset i Moss har det for musikkterapeuten vært vanskelig med individuell behandling av pasientene fordi pasientene har flermannsrom og personalet var redde for at de andre pasientene skulle bli forstyrret av dette. Det har heller ikke vært noe eget rom hvor den individuelle behandlingen har kunnet finne sted. Likevel har denne utfordringen ført til mye kontakt med andre ansatte og har lagt grunnen for både flerfaglig samarbeid og møter med pårørende. Et vanskelig utgangspunkt kan således bli basis for et konstruktivt samarbeid.

Mangel på finansiering er også vært en hemmende faktor for å få utprøve alternativ behandling.

Noen begrunnelser som går igjen når prosjekter som omhandler utprøving av alternativ behandling søker om midler, er at de som behandler søknadene sier at de ønsker mer

studier på bordet først, slik at man vet at det er dokumentert virkningsfullt før man prøver det ut. Men det er vanskelig å finne ut om det er virkningsfullt eller ikke før det er noen som er villig til å finansiere at det prøves ut.

3.10.2.5 Prosjekt styrt ovenfra

Helsepersonell som har vært med i behandlingsprosjektene på avdelingene, har ikke selv valgt å være med i prosjektet eller å samarbeide med alternative behandlere.

Sykehusledelsen i samarbeid med divisjonsledelse og avdelingsledelse bestemte hvem som skulle være med eller bli spurt om å delta.

Helsepersonellet har heller ikke vært med å beslutte noe i forhold til utformingen av prosjektet eller samarbeidet. Det gir ikke motivert helsepersonell, og det gir heller ikke et godt utgangspunkt for å samarbeide med alternative behandlere som kommer inn med et helt annet utgangspunkt. De har valgt seg inn i prosjektet og er motivert for samarbeid med helsepersonell.

3.10.2.6 Kort innleggelsestid

På flere av avdelingene er pasientene innlagt i så kort tid at behandlerne ikke får møtt pasientene mer enn én gang. Musikkerapeuten trenger mer enn ett møte med den enkelte pasient for å kunne oppnå behandlingsresultater.

4 Konklusjon

4.1 Hvilken motivasjon har helsepersonell for å utprøve alternativ behandling på sykehus?

Et bredt spekter av motivasjon for utprøvinger av alternativ behandling kommer til uttrykk blant helsepersonell i denne undersøkelsen. Pasientrettet motivasjon, motivasjon rettet mot en bestemt alternativ behandlingsmetode og generelt mot alternativ behandling. Motivasjon rettet mot samarbeid med ulike behandlere og motivasjon rettet mot organisatorisk samordning mellom skolemedisin og alternativ behandling. Det er ulike motivasjon hos initiativtakerne etter hvilken fase de er i. Initiativtakere som allerede har etablert utprøving, har motivasjon mest rettet mot utprøving av en bestemt alternativ behandlingsmetode, mens initiativtakere som har prosjekter under planlegging, har sin motivasjon rettet mot pasientene, samarbeid med ulike behandlere og organisatorisk samordning mellom behandlingssystemene.

4.2 Hva mener helsepersonell og prosjektledere kjennetegner de forsøk som de utprøver, planlegger å utprøve eller ønsker utprøvd med alternativ behandling på sykehus?

I de ulike casene ser vi flere ulike tilnærminger, både intervensjoner som kombinerer skolemedisin med ulike alternative behandlinger og enkeltintervensjoner som akupunktur og musikkterapi. Målgruppene har vært pasienter på sykehus med et bredt spekter av diagnoser. Utførere er både alternative behandlere og helsepersonell med opplæring i alternative behandlingsmetode. Intensjonene har vært forskjellige, fra å teste ulike spesifikke behandlingsmetoder til utvikling av samarbeid mellom ulike behandlere, koordinering av alternativ behandling og skolemedisin og ønske om å forbedre behandlingsresultater for pasientene. Initiativtakere har vært helsepersonell som har erfart gode resultater med alternativ behandling, som leter etter nye behandlingsmetoder fordi de ser begrensinger innenfor det etablerte helsevesen og som ønsker å samarbeide med alternative behandlere eller ønsker at ulike medisinske systemer samordnes til pasientenes beste.

4.3 Hvilke erfaringer har helsepersonell som er i gang med å utprøve alternativ behandling på sykehus, fått med alternativ behandling og med samarbeidet med alternative behandlere? Og hvilke erfaringer har de alternative behandlerne fått med den alternative behandlingen i en sykehussetting og samarbeidet med helsepersonell?

Helsepersonell som har vært med på igangsatte prosjekter, har over tid erfart gode behandlingsresultater med alternativ behandling for pasientene. De har erfart at det tar tid å utvikle samarbeid. Det har vært utfordrende, men etter hvert som helsepersonalet og de alternative behandlerne har fått mer tid sammen, har helsepersonell fått mer kunnskap om alternativ behandling. Erfarte positive endringer hos pasientene har gjort helsepersonell mer positive til videreføring av prosjektene.

De alternative behandlerne har erfart at de har oppnådd mye med pasientene og har opplevd gode behandlingsresultater, selv om samarbeidet med helsepersonell har vært utfordrende. De har også erfart at det tar tid å utvikle samarbeid. Det har variert fra avdeling til avdeling, men etter hvert som tiden har gått, har samarbeidet blitt bedre.

Det har vært utfordrende, fordi aktørene har forskjellig utgangspunkt, ulik motivasjon og ikke kjenner til hverandres behandlingsfilosofi og kompetanse.

De alternative behandlerne har i begrenset grad fått informasjon om den skolemedisinske behandlingen. Slik har helsepersonell opplevd frustrasjoner i forhold til ting de selv tar for gitt, men som de alternative behandlerne ikke har kunnskap om. Dersom de alternative behandlerne hadde fått mer informasjon om etablert behandling, hadde det vært en bedre forutsetning for å utvikle et godt samarbeid.

4.4 Hvilke former for samarbeid har helsepersonell og alternative behandlere etablert ved utprøving av alternativ behandling på sykehus?

Samarbeidsformer kan spenne fra parallellbehandling med eller uten kjennskap til hverandres behandlingsmodeller til en interdisiplinær behandlingstilnærming (se figur 1 og 2 s. 18). I denne undersøkelsen er det parallellbehandling med eller uten kjennskap til hverandres behandlingsmodeller som har vært dominerende. Når alternative behandlere er kommet inn på avdelingene, er det først og fremst helsepersonell som har fått informasjon og derved kunnskap om de alternative behandlernes behandlingsmodeller. Kunnskapen om de alternative behandlingene har i begrenset grad blitt tatt hensyn til i helsepersonells behandling av pasientene. De alternative behandlingene er gitt additivt det vil si de er gitt som et tillegg til den skolemedisinske behandlingen uten å ta stilling til om den skolemedisinske behandlingen skulle revurderes når alternative behandlinger ble gitt eller anvendt. Det er ikke tatt stilling til eventuelle positive eller negative interaksjoner mellom de skolemedisinske og alternative behandlingene når de gis side om side.

4.5 Hvilke faktorer har helsepersonell opplevd som fremmende og hemmende for utprøving av alternativ behandling og etablering av samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere?

Fremmende faktorer har vært en støttende ledelse, åpen og nysgjerrig avdelingskultur, press fra pasientorganisasjoner, motivert helsepersonell, prosjekt initiert nedenfra og helsepersonells egne erfaringer med positive behandlingsresultater for pasientene.

Hemmende faktorer har vært interne barrierer og skepsis til alternativ behandling, manglede kunnskap om alternativ behandling og behandlingsresultater, begrensede ressurser og for kort innleggelsestid.

Det skjer imidlertid endringer over tid. Etter hvert som alternative behandlere blir lengre på sykehuset, får helsepersonell mer kunnskap om alternativ behandling. Når de erfarer gode behandlingsresultater for pasientene, blir det også mindre motstand og skepsis.

5 Diskusjon

5.1 *Det uutnyttede læringspotensialene*

I innledningskapittelet presenterte vi en samarbeidsmodell hvor ulike former for samarbeid ble skissert. Det vi har sett i denne undersøkelsen er parallellbehandling med eller uten kjennskap til hverandres behandlingsmodeller. Et behandlingssamarbeid har ikke funnet sted på noen av de avdelinger vi har fulgt i denne undersøkelsen. Det har vært nært samarbeid mellom musikkterapeutene, sykepleiere og hjelpepleiere, men samarbeid omkring selve behandlingen har vært svært begrenset. Lærings- og utviklingspotensialet som ligger i å arbeide med ulike behandlingsmodeller, blir ikke utnyttet og brukt aktivt. I teorier om overskridende læring fokuseres det nettopp på betydningen av forskjelligheter som utgangspunkt for læring (Rieper et al. 2005; Launsø et al. 2007).

I parallellbehandling tas det ikke høyde for hvordan den skolemedisinske behandlingen virker i forhold til den alternative behandlingen. Den alternative behandlingen ses på som et supplement, slik at pasientene får flere behandlinger og dermed mer behandling. For at helsepersonell og alternative behandlere skal kunne utvikle et behandlingssamarbeid, er det nødvendig at de ulike behandlere har kunnskap om hverandres behandlingsmodeller før man går i gang med behandlingene, slik at de ulike behandlingssinnsatsene kan tilpasse seg hverandre.

I prosjektet "det kreative sykehus/kreativa sjukhus" har det vært ledelsen som besluttet hvilke avdelinger som skulle bli med i prosjektet. Helsepersonell på de utvalgte avdelingene har ikke selv fått anledning til å bestemme om de ville være med, og deres motivasjon for å få en musikkterapeut på avdelingene var ikke stor. Det har også vært begrenset informasjon på forhånd til personalet på avdelingene om hva prosjektet går ut på og hva musikkterapeuten skulle gjøre på avdelingen. På noen avdelinger har musikkterapeuten hatt mer tid til å informere helsepersonalet enn på andre avdelinger. Der hvor helsepersonalet selv har fått prøve musikkterapi, har de slik fått større innsikt og forståelse for musikkterapi. Mange trodde at musikkterapeutene skulle komme og spille litt og ikke behandle pasienter.

Interreg som har bevilget midler etter søknad til det kreative sykehus/kreativa sjukhus, har gitt midler til en begrenset periode, noe som gjorde at det ikke var tid til en forfase hvor helsepersonell og alternative behandlere kunne utvikle samarbeid før de gikk i gang med behandling av pasienter.

Myndighetene har sagt at det skal bevilges midler til prosjekter hvor samarbeid mellom alternative behandlere og helsepersonell skal utprøves. Helsepersonell ønsker samarbeid, pasienter ønsker det og ledelsen ved sykehus støtter det, men det er begrensede ressurser i helsevesenet for å sette det ut i livet.

Helsevesenet som har ressursmangel, vil ikke på eget initiativ prioritere utprøvinger med alternativ behandling. Skal det derfor prioriteres, er det nødvendig med øremerkede midler.

Utprøvingene som gjøres, må også forskningsmessig evalueres slik at man får bygget opp kunnskap som andre utprøvinger kan dra nytte av, og slik at man får kunnskap om hvilke former for samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere som gir de beste behandlingsresultater for pasientene.

Det er også behov for mer kunnskap for å endre holdninger som skyldes mangel på kunnskap. Det har også helsemyndighetene sagt skal prioriteres, og NAFKAM arbeider med å utvikle undervisningsprogrammer i de helsefaglige utdanningene.

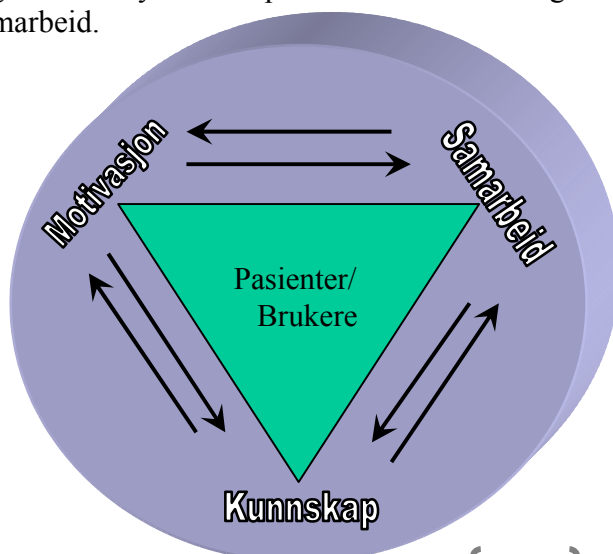
Prosjektet ved Nordlandssykehuset Vesterålen, Mellomveien Bo- og Rehabiliteringssenter og Seksjon for Infeksjonsmedisin har alle ønsker om prosjekter, men har ikke fått finansiering.

Vi trenger flere forskningsbaserte evalueringer for å få mer kunnskap om hvilke samarbeidsmodeller som gir de beste resultater for pasientene.

5.2 Motivasjons og kunnskaps betydning for samarbeid mellom og alternative behandlere

Det vi ønsker å trekke frem her er at etablering og videreutvikling av samarbeid mellom alternative behandlere og helsepersonell er betinget av helsepersonalets erfaringsbaserte kunnskaper om de behandlingsresultater alternative behandlere kan oppnå i behandlingen av pasienter. I det omfang helsepersonell erfarer at alternative behandlere kan tilføre pasientene positive behandlingsresultater, blir de motivert til å utvikle et samarbeid med alternative behandlere. Ved de avdelingene i vår studie hvor helsepersonell og alternative behandlere skulle jobbe sammen uten kunnskaper og motivasjon, har det i utgangspunktet vært grader av motstand. Etter hvert som de alternative behandlerne har vært lengre på avdelingen og helsepersonell selv har fått erfare positive behandlingsresultater, har personalet blitt mer motivert til å få mer kunnskap om alternativ behandling, og spirene til et samarbeid har blitt utviklet. Vi har således å gjøre med en dynamisk og selvforsterkende prosess mellom erfaringsbaserte kunnskaper, motivasjon og samarbeid rundt og med brukeren (illustrert i figur 3).

Figur 3 Den dynamiske prosess mellom erfaringsbasert kunnskap, motivasjon og samarbeid.



I denne studien har vi sett en sammenheng mellom hvilken type motivasjon helsepersonell har til å etablere samarbeid omkring alternativ behandling og hvilke samarbeidsformer som velges. Vi har en antakelse om at ny, erfaringsbasert kunnskap om behandlingsresultater i samarbeidsutprøvingene vil endre motivasjon og muliggjøre nye former for samarbeid.

5.3 Resultater fra nyere forskning

En helt fersk vitenskapelig rapport fra USA (Coulter et al. 2007) presenterer resultater av en femårig studie av et sykehusbasert senter for integrativ medisin. Studien har fokusert på hemmende og fremmede faktorer for å utvikle og implementere programmer for integrativ medisin på sykehus. Studiens forskningsdesign har vært ett enkelt case, hvor de har fulgt utprøvingen fra etablering av senteret. Kvalitative intervju har vært den primære forskningsmetoden.

De fremmede faktorene i etableringen har vært sterk oppbakking og støtte fra sykehusets ledelse, selv om støtten var begrenset og økonomisk motivert. Sykehusets omdømme har også vært en fremmede faktor, og sykehuset lokalisering var en viktig faktor for å få det etablert, fordi sykehusets infrastruktur var lett tilgjengelig. Det faktum at initiativet til senteret var tatt av sykehusets medisinske direktør, har hatt stor betydning for å få det i gang.

En barriere for å etablere og utvikle senteret var senterets design og dekor og lokalisering i forhold til andre alternative behandlingssentre. Det var ikke utformet som et helse-spa slik mange alternative behandlere tilbyr. Det var heller ingen integrert del av sykehuset. Det manglet nok plass til å garantere pasientenes privativ. Det var ikke et prestisjested, og det var lokalisert i et område hvor mange andre alternative behandlere hadde sine alternative behandlingssentre.

Institusjonskulturen var en barriere. Det var ikke mye åpen motstand, men det var en utbredt skeptisk holdning på sykehuset som ikke var til hjelp i forbindelse med å skaffe pasienter henvist fra helsepersonell på sykehuset. Mange avdelinger hadde allerede en egen alternativ behandler og var dermed ikke interessert i å henvise pasienter til senteret. Senteret var initiert og styrt fra toppledelsen i sykehuset. Redsel for å bli motarbeidet av andre leger var den største barrieren for å henvise pasienter til senteret.

Av frykt for sykehusets omdømme var helsepersonalet redd for å inkludere alternativ behandling. Mange tenkte at senteret var en trussel for sykehusets troverdighet. Det var mangel på medisinsk personale på sykehuset, og ingen ville støtte prioritering av de medisinske ressursene på det alternative senteret når sykehuset manglet ressurser til sine primære oppgaver.

Forskerne konkluderer med at det ikke var overraskende at senteret ikke overlevde med alle barrierene og de mange forventninger man hadde til sentret innenfor en for kort tidshorisont. Det var forventet å etablere behandlingspraksis, opprettholde undervisning og etablere et forskningsmiljø. Disse målene har vært for ambisiøse. Det overraskende, vurderer forskerne, var alt det senterets initiativtakere og deltakere imidlertid oppnådde.

De klarte å lage en visjon, utvikle et senter for integrativ medisin i et sterkt byråkratisk (og skeptisk) system, ansette alternative behandlere, åpne en virksomhet, utvikle et klientell og gi et tilbud som klientene stort sett var fornøyd med. Senteret har promotert integrasjon av alternativ behandling og skolemedisin, og selv om det ble stengt, har det hatt stor innflytelse på interessen for integrativ medisin, og for å få i gang ulike forsøk med integrativ medisin både innenfor sykehuset og utenfor.

En kanadisk studie (Hollenberg 2006) presenterer resultater fra et forskningsprosjekt om to nyopprettede såkalte integrative behandlingssentre i Canada. Kjernes spørsmålet i studien var om skolemedisin og alternativ behandling kunne integreres, og om det blir interaksjoner mellom profesjonene i en integrativ behandlingssituasjon. Dette var en casestudie med kvalitative dybdeintervjuer, deltakende observasjon og dokumentasjonsanalyse. Studien viste at alternative behandlere ble ekskludert ved at de ikke kunne medisinsk språk og terminologi. Dessuten ble alternative behandlere ekskludert fra å skrive i pasientjournalene. Legene kunne henvise pasientene til alternativ behandling, men ikke omvendt. Alternative behandlere hadde ikke tilgang til å få utført biomedisinske prøver da dette var forbeholdt legene. Konklusjonen i denne studien er at den vestlige biomedisinen dominerer i integrative behandlingssituasjoner. Resultatet kan bli, mener Hollenberg, at alternative behandlere forlater integrative behandlingssentre som leger er en del av, og i stedet utvikler egne integrative behandlingssentre. Denne utviklingen fant sted på 1980-tallet innenfor holistiske sentre i USA (Launsø 1996).

En studie fra Israel har også sett på hva som skjer i møtet mellom helsepersonell og alternative behandlere (Shuvals 2002). Klinikker hvor det praktiseres alternativ behandling innenfor medisinske institusjoner, er studert. Det er gjennomført kvalitative intervjuer med helsepersonell og alternative behandlere i ulike integrative behandlingssituasjoner. De alternative behandlerne fortsetter å jobbe på sykehusavdelingene, selv om det er på det etablertes premisser og gir mindre inntekter, fordi de betrakter det å bli assosiert med skolemedisinen som attraktivt og som en mulighet for å arbeide innenfor helsevesenet.

Undersøkelsen viser at det i Israel er omfattende bruk av alternativ behandling innenfor helsevesenet og sykehus. Ti av 24 offentlige sykehus hadde i perioden 1992-2002 etablert komplementære behandlingssentre som en del av sin virksomhet. Den viktigste motivasjonsfaktoren for etablering av alternativ behandling på sykehusene har vært at de har sett et marked for det. Denne utviklingen mener forskeren imidlertid har styrket biomedisinsk dominans og makten til biomedisinske verdier. Det viktigste motivet for å etablere og opprettholde komplementære klinikker har vært pragmatisk og først og fremst med fokus på å konkurrere om en enda større del av markedet. Anerkjennelse av verdien av komplementær medisin spiller en liten rolle i de helsepolitiske beslutningsprosessene innen helsevesenet. De fleste leger og alternative behandlere som arbeider i de komplementære klinikkene, er lokalisert langt fra maktens korridorer og blir ikke høyt ansett av de som holder til der. Skolemedisinen har tatt over styringen med alternativ behandling, samtidig som de legene som arbeider ved komplementære klinikker får lav status og liten innflytelse i det medisinske miljøet (Shuval 2002).

En annen studie fra Israel (Gamus 2007) viser at det er mulig å lykkes med integrativ behandling, men at forutseningene for å lykkes med samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere er at behandlerne, både helsepersonell og de alternative, må ha høy kompetanse. Alle behandlerne må forplikte seg til idéen om integrasjon, det må være gjensidig respekt og man må erkjenne fordeler og begrensinger i egen og andres kapasitet.

En annen studie fra Canada beskriver erfaringer til 16 behandlere i et helseteam som arbeidet på et såkalt integrativt behandlingssenter i Vancouver i fem år (Mulkins et al. 2002). Studien beskriver hvilke faktorer behandlerne identifiserer som fremmende og hemmende for å få gode behandlingsbetingelser i et integrativt behandlingssenter. Studien viser følgende støttende faktorer: effektive kommunikasjonsverktøy i form av ukentlige møter, felles pasientjournaler, standardiserte prosedyrer for å unngå motstridende pasientinformasjon og et miljø som støtter kommunikasjon. Dessuten vektlegges personlig kompetanse som entusiasme for behandlingskonseptet og å være en lagspiller og endringsagent, samt en tilfredsstillende kompensasjon og en støttende organisatorisk struktur.

I Danmark gjennomføres et behandlings- og forskningsprosjekt (Prosjekt Behandlerteam) som har til formål 1) å utvikle en modell for brobygging mellom helsepersonell og alternative behandlere og 2) å sondere muligheter for å forbedre behandlingsresultater for mennesker med sklerose. (Haahr og Launsø 2006; Launsø og Haahr 2007; Launsø og Skovgaard 2007).

Prosjektet er igangsatt av den danske Scleroseforeningen og gjennomføres i perioden 2004-2010. Prosjektet består av to faser. Første fase ble gjennomført fra 1. august 2004 til 30. april 2005 og formålet med denne fasen var å bygge opp et team av behandlere før mennesker med sklerose ble rekruttert til behandling av teamet. I denne første fasen ble 5 helsepersonell (neurolog, psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier) og fem alternative behandlere (akupunktør, klassisk homøopat, ernæringsterapeut, kraniosakralterapeut, soneterapeut) rekruttert til prosjektet. Samtlige behandlere ble intervjuet om sine behandlingsmodeller. De transkriberte intervjuene inngikk i det videre arbeidet på behandler-forskerseminarer. Det ble avholdt 4 heldagsseminarer med fokus på at behandlerne fikk innsikt i hverandres behandlingsmodeller, deres styrker og begrensninger. De forskjellige datainnsamlingsinstrumentene til andre fase, blant annet en pasienteid vandrejournal, ble utviklet i dialog med behandlerne, utprøvd og ferdiggjort. Avtaler og prosedyrer for inklusjon og eksklusjon av mennesker med MS og innsamling av data ble inngått med personalet på de to sklerosesentrene i Danmark. Et besøksteam som besto av ergoterapeut og psykolog, ble etablert på Haslev. Dessuten ble brukerveiledere utpekt. Informasjonsmateriale om prosjektet og behandlere ble utarbeidet til brukere og personale. De ti behandlerne ble intervjuet på nytt, og det ble utarbeidet notater som rommer innholdet i de fire første seminarene.

Andre fase av prosjektet ble igangsatt 1. mai 2005 og har til formål å videreutvikle samarbeidet mellom behandlerne og behandling av mennesker med sklerose samt evaluere behandlingsresultater. Behandlingsresultater tilbakeformidles løpende til

behandlerne og diskuteres på behandler-forskerseminarene. Et formativt evalueringsdesign anvendes, fordi forskere og behandlere går inn i et felt hvor det underveis skapes nye og tentative tiltak for å utvikle en modell for samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere, i en kontekst som er karakterisert av stor spennvidde når det gjelder faglig kunnskap og utvikling av forskjellige tilnærminger til behandling.

Resultatene fra første fase av prosjektet viser at helsepersonell og de alternative behandlerne vurderer at første fase av prosjektet har vært avgjørende for å etablere og utvikle teamet (Launsø & Haahr 2007).

I forhold til å gå inn i dette prosjektet var det svært motiverende for behandlerne å skulle delta i etableringen og utviklingen av et tverrfaglig behandlersteam hvor det ble fokusert på en felles innsats i forsøket på å skape bedre behandlingsresultater for mennesker med sklerose.

Etableringen av et 'frirom' (behandler-forskerseminarene) som kan inkorporere behandlernes følelser i forbindelse med deltakelse i prosjektet, var avgjørende for å skape en grunnleggende trygghet innenfor teamet. Denne tryggheten var en forutsetning for det faglige samarbeidet. Behandlerne uttrykte sterke følelser i forhold til å delta i et prosjekt som de anser som innovativt, og som utfordrer etablerte rutiner i behandlingen av mennesker med sklerose.

Utfordringene var først og fremst faglige. I den direkte konfrontasjonen mellom forskjellige behandlingsmodeller ble behandlerne konfrontert med sine egne faglige styrker og svakheter. Behandlerne følte at deres selvbilde ble "rusket opp i", noe som ble beskrevet som hardt og frustrerende, men også som en givende og positiv erfaring. Behandlerne erfarer at det krever et brudd med faglig vanetenkning når man skal utvikle et team. Det er langt mer bekvemt å arbeide parallellfaglig. Møtet med forskerne har vært utfordrende på grunn av konfrontasjonen med nye måter å handle på og nye verktøy til å beskrive prosessen fra intervensjon til resultater, samt det å utvikle nye kommunikative praksiser. For de fleste behandlere har den personlige kobling mellom det praktiske og det teoretiske arbeidet vært utfordrende.

Det er utfordrende å tenke som et enhetlig team og samtidig være pasientsentrert. Drivkraften er behandlernes erkjennelse av at en tverrfaglig tilnærming er en realistisk mulighet for å utforske nye muligheter for å forbedre behandlingsresultater for mennesker med MS. Behandlerne erfarer at det er en tidkrevende prosess å utvikle en faglig teamidentitet.

Både faglig og personlig kompetanse betraktes som viktig av behandlerne, og de oppfatter kompetanseformene som overlappende. De sentrale formene for kompetanse er: å være åpen, å være villig til å samarbeide, å være utforskende og nysgjerrig, å ha tiltro til og respekt for behandlernes forskjellige fagligheter, å være villig til å utvikle en felles tilnærming og holdning i teamet og å være bevisst om sine egne og de andre behandlernes styrker og svakheter.

Behandlerne i teamet gir uttrykk for det krevende i å arbeide med å utvikle et interdisiplinært samarbeid i forhold til å arbeide parallellfaglig. Et interdisiplinært behandlingssamarbeid stiller krav til at behandlerne sammen og sammen med pasienten formulerer og forfølger de mål man sammen ønsker å oppnå. Å utvikle felles mål krever imidlertid at behandlerne har et stort kjennskap til og respekt for hverandres behandlinger. Samtidig krever utvikling av et interdisiplinært samarbeid at behandlerne flytter fokus fra behandlingsteknikkene og ivaretagelse av egne profesjonsinteresser til en pasientsentrering og koordinering av behandlingene, hvor det skal skapes rom for pasientenes deltakelse og innflytelse i målsettingsarbeidet og deres vurdering av behandlingene. Et sentralt mål for Prosjekt Behandlerteam er å utvikle teambaserte behandlinger hvor antallet behandlinger og behandlingsformer er færrest mulige samtidig som disse behandlingene skaper størst mulig effekt for mennesker med sklerose.

5.4 Vår undersøkelse sett i lys av de utenlandske studiene

Hollenberg og Shuvals studier viser begge at når alternativ behandling kommer inn i det etablerte helsevesenet, foregår den alternative behandlingen på det helsevesenets premisser. Shuval viser at motivasjonen for det etablerte helsevesen til å få alternativ behandling på sykehus er et ønske om å få en del av et enda større marked. Men de alternative/integrative klinikkene som blir etablert innenfor helsevesenet, får en plassering langt fra maktens korridorer, og de legene som velger å arbeide på de alternative klinikkene, blir ikke høyt ansett. Hollenbergs studie viser at når alternativ behandling og etablert behandling skal samarbeide innenfor sykehuset, skjer det på helsevesenets premisser, mens Gamus studie viser at man kan lykkes med samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere innenfor en sykehussetting dersom personalet forplikter seg til et samarbeid, viser gjensidig respekt og ser sin egen og andres kompetanse og også begrensinger. Gamus erfaringer støttes av prosjektet i Danmark (Launsø og Haahr 2007).

I vår undersøkelse ved norske sykehus ser vi at når alternativ behandling utprøves på sykehuset, skjer samarbeidet på det helsevesenets premisser. Den alternative behandlingen blir sett på som et supplement til den skolemedisinske behandlingen. Hensikten med å utprøve de alternative behandlingene er å gi skolemedisinen noen nye metoder som de kan benytte i pasientbehandlingen, for eksempel akupunktur eller musikkterapi. Hensikten med utprøvingen av musikkterapi har blant annet vært å gi personalet en manual de kan bruke for pasientene når perioden med musikkterapeutene er over.

Vi ser også i vår studie at når alternative behandlerne er lengre på en sykehusavdeling og helsepersonell får se og erfare positive behandlingsresultater for pasientene og får mer kunnskap om alternativ behandling, så blir de mer motivert for å samarbeide med alternative behandlere. Dette kan føre til at de alternative behandlerne blir tatt mer på alvor, og at den alternative behandlingen kan skje på de alternative behandlernes premisser.

Det er viktig at prosjektperioden gir plass og tid til å utvikle et samarbeid før prosjektperioden er over. Hadde man i det kreative sykehus/kreative sjukhus hatt mulighet til å utvikle samarbeidet før behandlingsopplegget ble etablert, slik at behandlerne var motivert for samarbeid fra oppstart, hadde man hatt et bedre utgangspunkt for å samarbeide om behandlingen. Dette lot seg ikke gjøre i det kreative sykehus/kreative sjukhus fordi Interreg hadde gitt midler til en begrenset periode. Det er dette Prosjekt Behandlerteam i Danmark har forsøkt å gjøre noe med, nettopp å utvikle samarbeid mellom ulike behandlere før selve pasientbehandlingen igangsettes.

De faktorene som undersøkelsen i Canada (Mulkins et al. 2002) betraktet som viktige for å utvikle et godt behandlingssamarbeid, var også faktorer som både helsepersonalet og de alternative behandlerne i vår studie oppfattet som sentrale for å få til et godt samarbeid.

5.5 Undersøkelsens metode, data og overførbarhet

Undersøkelsen har data fra åtte cases. I to cases er alternativ behandling igangsatt, og kun i ett case har det vært et samarbeid innenfor sykehuset. I prosjektet hvor utprøving av alternativ behandling innenfor sykehuset har vært igangsatt, har vi data fra ti avdelinger hvor det har vært ulike former for samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere. Undersøkelsen er hovedsakelig basert på intervjuer med initiativtakerne til prosjektene som er igangsatt, planlagt og ønsket og med de helsepersonell og alternative behandlere som har vært med i de igangsatte utprøvingene. Erfaringene som helsepersonell og alternative behandlere har høstet med behandling og med samarbeid, er basert på informantenes egne beretninger.

Det kan være en svakhet ved undersøkelsen at det kun er musikkterapi som har vært den alternative behandlingen som er utprøvd på avdelinger innenfor sykehuset. Musikkterapi er kanskje en mer ”stueren” behandlingsform enn andre alternative behandlinger, og noen vil kanskje også stille spørsmålet om musikkterapi er alternativ behandling i det hele tatt. Men det oppfattes av initiativtakerne og på sykehuset som alternativ behandling, og det er en ny profesjonsgruppe i det etablerte helsevesenet.

Intensjonen med studien har vært å få beskrevet de erfaringer helsepersonell og alternative behandlere har fått med utprøvinger av alternativ behandling på sykehus. Vi har funnet det betydningsfullt å beskrive erfaringene til de som har forsøkt å etablere utprøvinger med alternativ behandling, slik at andre helsepersonell innenfor helsevesenet som ønsker å gjøre utprøvinger, kan lære av de erfaringene som er gjort. Spørsmålet er i hvor stor grad resultatene er overførbare og anvendelige for andre som skal etablere utprøvinger innenfor sykehusavdelinger. Kunnskap om dette må innhøstes fremover.

Når vi sammenligner våre resultater med utenlandske studier, går imidlertid mange av de samme resultater igjen, selv om utprøvinger og samarbeid der har funnet sted i andre politiske, økonomiske og kulturelle sammenhenger.

6 Hva kan helsepersonell og sykehusledelse lære av denne undersøkelsen?

6.1 Helsepersonell må være motivert for å samarbeide med alternative behandlere

Denne undersøkelsen viser at det er vanskelig å få til samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere dersom den ene gruppen er mer motivert for samarbeid enn den andre. I musikkterapiprosjektet hadde musikkterapeutene selv valgt seg inn i prosjektet og var motivert for å samarbeide med helsepersonell. Helsepersonell på de ulike avdelingene hadde derimot ikke valgt et samarbeid med de alternative behandlerne. Det ble bestemt fra sykehusledelsen hvilke avdelinger som skulle være med, og deretter ble helsepersonell på avdelingen orientert. For nye prosjekter som skal i gang, kan det være viktig å tenke på at motivasjon til helsepersonell har stor betydning, og at det derfor kan være en idé at de avdelingene som er interessert blir med i prosjektet, og at helsepersonell som har lyst å være med blir involvert.

Prosjektene har kanskje størst mulighet for å lykkes dersom de forankres i avdelingene, slik at de som skal arbeide med det i hverdagen får et eierforhold til prosjektet. Dette kan være en lærdom å ta med seg for fremtidige prosjekter. Noe av det unike med Prosjekt Behandlerteam i Danmark er at alle behandlerne i utgangspunktet var motivert for samarbeidet.

6.2 Avdelinger som deltar i utprøvinger bør være motivert.

På samme måte som helsepersonell må være motivert for å få til et godt samarbeid med alternative behandlere, er det også viktig at avdelingene er motivert. Avdelingene bør selv ha et ønske om å delta i prosjektet og få være med i utformingen av prosjektene. At et MS-senter i Danmark var motivert for å huse Prosjekt Behandlerteam, har vært en avgjørende faktor for utviklingen av teamet.

6.3 Informasjon er absolutt nødvendig

Informasjon henger sammen med motivasjon. Dersom helsepersonell skal være med i samarbeidsprosjekt med alternative behandlere, vil de være mer motivert og mer positive dersom de får mer informasjon og dermed mer kunnskap, både om prosjektet og om behandlingen og behandlerens behandlingsmodeller. På de avdelingene der det har vært satt av tid til at musikkterapeuten har hatt formelle informasjonsmøter for personalet, har samarbeidet gått bedre enn der de ikke hadde slike møter. For fremtidige prosjekter kan det derfor være nyttig å tenke på å ikke starte opp før alle involverte parter er tilstrekkelig informert.

6.4 Etablering og utvikling av samarbeid tar tid

En viktig kunnskap fra denne studien er at det tar tid å utvikle samarbeid. Helsepersonell og alternative behandlere må bli kjent med hverandre, utvikle tillitt og få kunnskap og forståelse for hverandres behandlingsmodeller før et reelt samarbeid kan finne sted. Det er derfor av stor betydning at prosjektperiodene ikke blir for korte. Flere av de alternative behandlerne og helsepersonell uttrykte at det var fryktelig synd at når prosjektet var kommet ordentlig i gang, hadde begynt å få sin form og man hadde begynt å se positive endringer og positive behandlingsresultater hos pasientene, så var prosjektperioden over, og arbeidet måtte legges ned.

6.5 Behov for mer forskning for å få kunnskap om hvilke former for samarbeid som gir de beste behandlingsresultatene for pasienter

I prosjekter hvor man prøver ut samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere, er det viktig at det gjøres en forskningsevaluering av samarbeidet og behandlingen. I prosjekter med alternativ behandling hvor man forsøker å gjøre en evaluering av behandlingsresultatene, er evalueringen ofte basert utelukkende på biomedisinske suksessmål. Innenfor alternativ behandling oppnår pasientene ofte andre resultater som ikke lar seg måle på samme måte. I akupunkturprosjektet var det flere av leddgiktspasientene som ikke hadde fått færre hovne ledd, men flere av pasientene rapporterte bedre allmenntilstand og mer livsgnist, de var blitt bedre i stand til å mestre sin sykdom og hadde en opplevelse av å ha fått et bedre liv. Dette blir ikke fanget opp når man måler for eksempel antall hovne ledd. En slutning kunne dermed bli at akupunktur på leddgiktspasienter ikke har noen effekt, og at man dermed ikke ønsket å gi pasienter med leddgikt akupunktur. Det er derfor av stor betydning å ta pasientenes egne erfaringer med i evalueringen av behandlingsresultater. Det er pasientene som har sykdommen, som gjennomgår behandlingen og integrerer ulike behandlingsformer. Det er pasientene som erfarer på kroppen og i sitt liv hvilken betydning og effekt de ulike behandlinger har. Det er pasienten som er den som har førstehåndskunnskap om behandlingens virkninger. Derfor må ikke kunnskapen til brukeren/pasienten bli ekskludert fra effektbegrepet (Launsø & Rieper 2007).

6.6 Behov for helseøkonomiske analyser

Denne studien har også vist at det er behov for helseøkonomiske analyser for å se om behandlingssamarbeid kan ha en helseøkonomisk gevinst. Vår antakelse er at dersom prosjektene brukte tid på å utvikle tverrfaglig samarbeid mellom behandlerne, kunne færrest mulig behandlinger bli anvendt med best mulig resultat for den enkelte pasient.

6.7 Midler må avsettes i helsevesenet

Det må settes av midler til samarbeidsprosjekter. Dette er nødvendig fordi sykehusavdelinger ikke selv har ressurser til å prioritere samarbeidsprosjekter.

6.8 Læring og et forbedret samarbeidsklima

Som vi refererte til innledningsvis, er myndighetene av den oppfatning at helsetjenestens vilje til å sette seg inn i grenseflaten mellom de alternative behandlingsformer og eget fagområde, og alternative behandleres evne og vilje til å forstå og etterleve helsetjenestens rammevilkår og krav til virksomhet, er de største utfordringene knyttet til samarbeid og integrering. Denne studien viser at det muligens er slik. Men der er mange leger, sykepleiere og andre helsepersonell som er svært interessert i å sette seg inn i dette området, og det er derfor viktig at nettopp de som ønsker det, får muligheten til å være med på slike prosjekter, mens de som er mindre motiverte, ikke bør tvinges inn i det i første omgang. Det vi også har sett er at motivasjonen øker etter hvert som helsepersonell selv erfarer gode behandlingsresultater for pasientene. Utprøving med samarbeidsprosjekter er derfor i seg selv med på å gjøre viljen til å sette seg inn i grenseflatene mellom alternativ og etablert behandling større.

De alternative behandleres evne og vilje til å forstå og etterleve helsetjenestens rammevilkår og krav til virksomhet, har ikke vært belyst i særlig grad i denne undersøkelsen, men det er klart at der er utfordringer når to ulike kulturer møtes. Også alternative behandleres erfaringer i møte med helsepersonell og arbeid i helsetjenesten vil være med på å gjøre samarbeid enklere over tid.

Læringseffekten og forbedret samarbeidsklima er forhold som myndighetene legger vekt på i forbindelse med deres beslutninger om å bevilge midler til samarbeidsprosjekter mellom helsepersonell og alternative behandlere (ot.prp., nr 27 2002- 2003). Vi vil konkludere med at konsekvensene av de utprøvingene vi har studert, er læring og et forbedret samarbeidsklima. Oppfylging av myndighetenes beslutning om midler til slike samarbeidsprosjekter vil kunne gi ytterligere læringseffekt og et enda bedre samarbeidsklima.

7 Tusen takk til initiativtakere, behandlere og pasienter

Tusen takk til initiativtakere/prosjektledere i de igangsatte, planlagte og ønskede prosjektene: Arne Brunvoll, Gunda Svedung, Tove Riise, Xiaotong Li, Reiulf Ruud, Tore Sørli, Randall Sexton, Terese Folgerø, Oddgeir Moe, Terje Risberg, Ingard Nilsen og Audhild Nyrnes. Uten deres engasjement, faglige nysgjerrighet og interesse for samarbeid basert på mange års erfaring med pasientbehandling, hadde vi ikke høstet de erfaringene om utprøving av alternativ behandling på sykehus, som kan danne nye utprøvinger. Deres personlige interesse og engasjement er en avgjørende faktor for å få i gang prosjekter med alternativ behandling på sykehus.

Tove Riise, Xiaotong Li, Arne Brunvoll og Gunda Svedung som har vært prosjektledere på de igangsatte utprøvingene med alternativ behandling, fortjener all honnør for det arbeidet de har lagt ned i planlegging, igangsetting og gjennomføring av de ulike utprøvingene, og for å ha stilt sine prosjekter tilgjengelig for forskning. Erfaringene fra prosjektene deres har stor verdi for alle som kommer etter for nye utprøvinger mellom helsepersonell og alternative behandlere.

En varm takk går også til behandlerne i prosjektet, helsepersonell og de alternative, for deres forsøk på behandlingssamarbeid omkring pasienter på sykehus.

Vi vil også takke pasienter i akupunktur- og leddgiktprosjektet som vi har intervjuet om deres erfaringer, men som ikke vil bli presentert før i neste fase av prosjektet.

En takk går også til seniorforsker Terje Alræk og koordinator Brit J. Drageset som har vært med å ta initiativ til utprøving med akupunktur og leddgikt, samt til Post doc. Gry Sagli, som har vært tilknyttet forsker på akupunkturprosjektet. Dere har alle vært inspirerende samtalepartnere i denne prosessen.

8 Resymé

Internasjonalt og nasjonalt bruker stadig flere mennesker alternativ behandling i forbindelse med sykdom og helseplager. I økende grad trekkes alternativ behandling inn på sykehus, også i Norge. Helsepersonell ønsker mer kunnskap om alternativ behandling og ønsker å se hva alternativ behandling kan bidra med for deres pasienter. Flere helsepersonell ved ulike avdelinger ved norske sykehus har derfor tatt initiativ til å inndra alternativ behandling innenfor sin sykehusavdeling.

Denne rapporten presenterer resultater fra et forskningsprosjekt hvor vi har ønsket å fremskaffe kunnskaper om hvilke erfaringer alternative behandlere og helsepersonell har fått med å utprøve alternative behandlinger på offentlige sykehus. Vår hensikt er at de utprøvinger som er under planlegging, kan dra nytte av disse erfaringer.

Problemstillingene som har vært utforsket i prosjektet, er knyttet til helsepersonells motivasjon for utprøving av alternativ behandling på sykehus. Hva som kjennetegner forsøkene som utprøves, hvilke erfaringer helsepersonell og alternative behandlere har fått ved å samarbeide og hvilke former for samarbeid som har blitt etablert. Vi har også hatt fokus på hva helsepersonell har opplevd som hemmende og fremmende i forsøk på å etablere samarbeid med alternative behandlere.

Forskningsdesignet som er valgt er et case-studie design. Det er i prosjektet anvendt flere datakilder: helsepersonell, alternative behandlere og initiativtakere samt flere datainnsamlingsmetoder: det kvalitative forskningsintervju, spørreskjema, dokumentarisk materiale og observasjon. I prosjektet inngår avdelinger fra UNN, Nordlandssykehuset Vesterålen, Sykehus Østfold i Moss og Fredrikstad, og NU-Sjukvården ved sykehusene i Uddevalla og Trollhättan. Avdelingene har selv kontaktet NAFKAM for å være med i studien.

Hovedfunnet fra denne studien er at utprøving av alternativ behandling og samarbeid mellom alternative behandlere og helsepersonell på norske sykehus er betinget av helsepersonells erfaringsbaserte kunnskaper om de behandlingsresultater alternative behandlere kan oppnå i behandlingen av pasienter. I det omfang helsepersonell erfarer at alternative behandlere kan tilføre pasientene positive behandlingsresultater, blir de motiverte til å utvikle et samarbeid med alternative behandlere. Det er således ikke evidens basert på metanalyser som er avgjørende for helsepersonalets motivasjon for å utprøve alternativ behandling på deres avdelinger, men helt klart deres erfaringsbaserte kunnskaper som guider dem.

I utprøvingene er det anvendt både kombinasjoner av etablert og alternativ behandling og enkeltintervensjoner som akupunktur og musikkterapi. Målgruppene har vært pasienter på sykehus med et bredt spekter av diagnoser. Utøvere har vært både helsepersonell og alternative behandlere. Intensjonene har variert fra å teste spesifikke behandlingsmetoder til å utvikle behandlingssamarbeid og forbedre behandlingsresultatene for pasientene.

Samarbeidsformene i praksis har vært parallell behandling med eller uten kjennskap til hverandres behandlingsmodeller.

Støttende ledelse, åpen og nysgjerrig avdelingskultur, press fra pasientorganisasjoner, motivert helsepersonell, prosjekt initiert nedenfra og helsepersonells egne erfaringer med positive behandlingsresultater er fremmende faktorer for utprøving av alternativ behandling og for utvikling av samarbeid mellom alternative og helsepersonell på sykehus. Hemmende faktorer har vært interne barrierer, manglende kunnskaper om og skepsis til alternativ behandling og behandlingsresultater, begrensede ressurser og for kort innleggelsestid.

Vi kan konkludere med at de utprøvinger vi har studert har gitt mulighet for ny læring og et forbedret samarbeidsklima på sykehusavdelinger. Samtidig erfarer helsepersonell at alternative behandlinger kan gi positive behandlingsresultater for deres pasienter. På bakgrunn av den stigende etterspørselen både fra pasient- og behandler side etter samarbeid mellom helsepersonell og alternative behandlere, er det behov for at myndighetene bevilger midler til etablering av samarbeid mellom alternative behandlere og helsepersonell og til forskningsbaserte evalueringer av utvikling av forskjellige samarbeidsformer og av behandlingsresultatene som disse samarbeidsformene kan skape for pasientene.

9 Referanser

Arendt H. Menneskets vilkår. København: Gyldendal. 2005.

Bell IR, Oper C, Schartz GER, Grant KL, Gaudet TW, Rychener D, Maizes V & Weil A. Integrative Medicine and Systemic Outcomes research. Archives of Internal Medicine. 2002; 162:133-140.

Bodeker G, Ong CK, Grundy C, Burford G, Shein K. WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine, World Health Organization, Centre for Health Development, Kobe: Japan, 2005.

Bruset S. Grønne paviljonger på sykehus. Tromsø: NAFKAM skriftserie nr 4. 2007.

Cohen MD "Individual learning and organizational routine", chapter 9 in Cohen MD, Sproull, LS. (Eds). Organizational Learning, London: Sage Publ. 1996:188-94.

Coulter I D, Ellison, MA, Hilton L, Rhodes HJ, Ryan G. Hospital –Based Integrative Medicine. A case study of the Barriers and Factors facilitating the creation of a Center. Santa Monica, CA: RAND Health, 2007.

Eisenberg D, Davis R, Ettner S et al. Trends in alternative medicine use in the United States 1990-1997. result of a follow-up National Survey. The Journal of the American Medical Association 1998; 280:1569-75.

Ekholm O, Kjøller M. Brugen af alternativ behandling i Danmark. Resultater fra den repræsentative Sundheds-og Sygelighedsundersøgelse. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund 2007; 6:15-24.

Elkjær B. Når læring går på arbejde. Et pragmatisk blikk på læring i arbeidslivet. Frederiksberg: Samfundslitteratur, 2005.

Fønnebø V, Grimsgaard S, Walach H, Ritenbaugh C, Norheim AJ, MacPherson H, Lewith G, Launsø L, Koithan M, Falkenberg T, Boon H, Aickin M. Researching complementary and alternative treatments - the gatekeepers are not at home. BMC Medical Research Methodology 2007,7:7 doi:10.1186/1471-2288-7-7.

Fønnebø V, Launsø L. Bruk av alternativ behandling i Norge. Rapport om undersøkelse utført for Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB) og NAFKAM. Tromsø: NIFAB, 2007.

Gamst A, Haahr N, Kristoffersen AE, Launsø L. Integrative Care and Bridge Building between Health-Care Providers in Norway and Denmark. Journal of Alternative and Complementary Medicine 2005; 12:141-146.

Gamus D. Integration of Complementary and Alternative Medicine Services in the Hospital Setting in Israel. *The Israel Medical Association Journal* 2007; Vol. 9:169-170.

Hansen B, Grimsgaard S, Launsø L, Fønnebø V, Falkenberg T and Rasmussen NK. Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2005; 23:57-62.

Hollenberg D. Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/ alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine*. 2006; Vol. 62. (3):731-744.

Høye IM. Alternativ behandling inn i varmen via forskning; *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 2003;123:673.

Haahr N, Launsø L. Preliminary Initiatives in a Bridge Building Project between Conventional and Alternative Practitioners in Denmark. *Forschende Komplementärmedizin* 2006; 13:307-312.

Johannessen B. Sykepleiere i alternativ behandling: hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere å tilby alternativ behandling. Avhandling for dr. art graden. Bergen: Historisk filosofisk fakultet, Universitetet i Bergen, 2006.

Klinger B, Maizes V, Schachter A et al. Core competencies in integrative medicine for medical school, curricula: A proposal. *Academic medicine*, 2005; 79:521-531.

Kvale S. Inter-views. En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview. København. Hans Reitzels Forlag. 1997.

Launsø L. Døre der åbner sig - grænseoverskridende læger og farmaceuter i det danske sundhedsvæsen. Højbjerg: Forlaget Hovedland, 2001.

Launsø L. Integrated Medicine in Practice - a Challenge to the Health Care System. *Acta Sociologica* 1989; (32), 3:237-251.

Launsø L. Det alternative behandlingsområde. Brug og udvikling; rationalitet og paradigmer. København: Akademisk Forlag, 1996.

Launsø L, Haahr N. Bridge Building and Integrative Treatment of People with Multiple Sclerosis. Research- based Evaluation of a Team- building Process. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 2007; Vol. 4: Iss. 1, Article 7. Available at: <http://www.bepress.com/jcim/vol4/iss1/7>.

Launsø L, Rieper J. General practitioners' and classic homeopaths' treatment models for asthma and allergy. *Homeopathy* 2005; 94:17-25.

Launsø L, Rieper O. Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfunnsforskning. København: Nyt Nordisk Forlag 2005.

Launsø L, Rieper J, Rieper O. Evaluative feedback as a contribution to learning between groups of professionals. EVALUATION. 2007; 13(3):306-322.

Launsø L, Salamonsen A. Register for Exceptionelle Sygdomsforløb. OMSORG. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 2006; 3(23):77-81.

Launsø L. Integrert behandling – Hva innebærer det? Publisert på NIFABs hjemmeside. http://www.nifab.no/artikler/integrert_behandling, 12.01.2007.

Launsø L, Skovgaard L. The IMCO- Scheme as a tool in Developing team- bases treatment for people with Multiple Sclerosis. Journal of Alternative and Complementary Medicine, January 2008 (in press).

Lee H & Ernst E. Acupuncture for labor pain management: A systematic review. American Journal of Obstetrics & Gynecology. Volum 191, Issue 5 pp. 1573-1579. November 2004.

Mann D, Gaylord S, Norton S. Moving Toward Integrative Treatment: Rationales, Models, and Steps for Conventional-Care Providers. Complementary Health Practice Review 2004; 9(3):155-172.

Mulkins AL, Verhoef M, Eng J, Findlay B, Ramsum D. Evaluation of the Tzu Chi Institute for Complementary and Alternative Medicine's Integrative treatment Program. In: Journal of Alternative and Complementary Medicine 2003; 9(4):585-592.

Mulkins AL, Eng J, Verhoef MJ. Working towards a model of integrative health care: Critical elements for an effective team. Complementary Therapies in Medicine 2005; 13:115-122.

Mulkins AL, Verhoef MJ. Supporting the Transformative Process. Experiences of Cancer Patients Receiving Integrative Care. Integrative Cancer Therapies 2004. Vol.3, No.3, p 230-237.

Nayak S, Matheis RJ, Schoenberger NE, Shiflett SC. Use of unconventional therapies by individuals with multiple sclerosis. Clinical Rehabilitation 2003; 17:181-191.

Nesheim B I, Kinge R, Berg B et. al. Acupuncture During Labor can Reduce the Use of Meperidine. The Clinical Journal of Pain. Volum 19 (3). May/ June 2003 pp. 187-191.

Norges offentlige utredninger. Alternativ Medisin, NOU 1998:21. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, seksjon statens trykning.

Norheim AJ, Fønnebø V. Doctors' attitudes to acupuncture – a Norwegian study. *Social Science and Medicine* 1998; 47 (4):519-23.

Norheim AJ, Fønnebø V. Attitudes to the contribution of placebo in acupuncture – a survey. *Complementary Therapy and Medicine* 2002; 10:202-209.

Norheim AJ. Acupuncture in health care. Attitudes to and experience with acupuncture in Norway. Avhandling for graden Dr. philos. Tromsø: Det Medisinske fakultet, UITØ, 2005.

Nguyen KD, Salomonsen LJ, Norheim AJ, Syverstad AE, Fønnebø V. Endringer i holdninger til akupunktur blant medisinstudenter i Tromsø. Publisert på NAFKAMs webside: <http://uit.no/nafkam/1311/2485>. 22.08.2005.

Odelstingsproposisjon ot.prp. nr 27 (2002-2003) Om lov om alternative behandling av sykdom mv. Tilrådning fra Helsedepartementet av 13. desember 2002, godkjent i statsråd samme dag (Regjeringen Bondevik II). Statens forvaltningstjeneste. Trykk: A/S O.F.A-12/02. Oslo.

Rieper J, Launsø L, Rieper O. Diskursanalyse som metode til læring – et perspektiv på organisationsendring i et sterkt institutionaliseret felt med et eksempel fra forsøg på brobygning mellem etableret og alternativ sygdomsbehandling. *Nordiske OrganisationsStudier (NOS)* 2005; (2-3):111-136.

Risberg T, Lund E, Wist E, Kaasa S, Wilsgaard T. Cancer patients' use of non-proven therapy – a 5 year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology* 1998; Vol 16, pp 6-12.

Risberg T, Kolstad A, Wist EA, Holte H, Mella O, Klepp O: Skal alternative utøvere behandle kreft? – hva mener onkologiske helsearbeidere? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 2003; 123:3059-61.

Risberg T, Bremnes Y, Kolstad A, Holte H, Wist E, mella O, Klepp O. Tilbud om komplementær behandling i sykehus? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* . 2004; 124:3078-80.

Risberg T, Bremnes Y, Kolstad A, Holte H, Wist E, Mella O, Klepp O. Should Complementary therapies be offered in hospitals? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 2005. Feb 17 125(4):467.

Ruggie M, Cohen MH. Integrative medicine centers: Moving health care in a new direction. *Seminars in integrative medicine* 2005; 3(1):9-16.

Salomonsen LJ, Grimsgaard S og Fønnebø V. Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 2003; 123:631-3.

Salomonsen LJ, Norheim AJ, Pedersen EJ, Fønnebo V. Attitude to acupuncture and homeopathy among doctors in a research position- a survey. *The Journal of alternative and complementary medicine* Volum 11, Number 2, 2005, pp.229-232.

Scherwitz LW, Cantwell M, Mchenry P et al. A descriptive analysis of an integrative medicine clinic. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2004; 10:651-659.

Sildnes Børge. Kan behandle alternativt uten kompetanse. *Dagens Medisin* 15. januar 2004.

Shuval JT. Patterns of Coexistent of Medicine and Alternative Health Care in Israel, pp. 285-299 in Chinitz, D(ed). *The Changing Face of Health Systems*. Jerusalem: Gefen, 2002.

Statens Helsetilsyn. Helsepersonell og alternative behandlere visse rettslige aspekter. Likelydende brev til landets sykehus, fylkeslegene. *Norsk Sykepleierforbund og den norske lægeförening*, 12. april 1996.

Storr LK. The user and use of alternative treatment. A population based investigation of alternative treatment use among Multiple Sclerosis patients in Denmark. PhD thesis København: Københavns Universitet og Rigshospitalets MS-klinik, 2002(not published).

Verhoef M, Mulkins A, Boon H: Integrative Health Care: How can We Determine Whether Patients benefit? *The Journal for Alternative and Complementary medicine*. Volum 11, Supplement 1, 2005:S57-S65.

Widmer M, Herren S, Donges A, Wapf V, Busato A. The Supply of Complementary and Alternative Medicine in Swiss Hospital. *Forschende Komplementärmedizin* 2006;13:356-361.

Ytrehus IA. Personal and professional use of acupuncture among medical practitioners in Norway 1994-2004, Master thesis in Public Health. Tromsø: Institute of Community medicine, University of Tromsø 2006.

Kontaktinformasjon

Besøksadresse:
Forskningsparken 1, Blokk 2
Sykehusveien 23
Universitetet i Tromsø

Postadresse:
NAFKAM
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

E-post:
nafkam@fagmed.uit.no

Telefon: 77 64 66 50
Telefaks: 77 64 68 66
www.nafkam.no

Contact details

Address:
Forskningsparken 1, Blokk 2
Sykehusveien 23
Universitetet i Tromsø

Postal address:
NAFKAM
University of Tromsø
NO-9037 Tromsø
Norway

E-mail:
nafkam@fagmed.uit.no

Telephone: +47 77 64 66 50
Fax: +47 77 64 68 66
www.nafkam.no