

Svenska komplementär- och alternativmedicinska terapeuters praktikmönster och samarbete med legitimerad sjukvårdspersonal

Catharina Bock

Master of Public Health

MPH 2009:11



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health

–Examensarbete–

Examensarbetets titel och undertitel Svenska komplementär- och alternativmedicinska terapeuters praktikmönster och samarbete med legitimerad sjukvårdspersonal.				
Författare Catharina Bock				
Författarens befattning och adress Naturopathic Physician Crataegus Health Clinic 700 Enos Lane Corralitos, Ca. 97056 USA				
Datum då examensarbetet godkändes 2009-10-23			Handledare NHV/ Runo Axelsson, professor	
Antal sidor 46	Språk—examensarbete Svenska	Språk—sammanfattning Svenska/Engelska	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-79-5

Sammanfattning

Historiskt har den medicinska professionen sökt exklusiva rättigheter att praktisera i en miljö där många olika yrkesgrupper fanns. I Sverige har detta lett till att komplementär och alternativ medicin (CAM) hamnade utanför den etablerade sjukvården, vilket inneburit en bristfällig kunskap om hur bl.a. CAM terapeuter arbetar. Användning av alternativ medicin har ökat i Sverige vilket motiverar att studier genomförs för att få bättre kunskap om yrkets utövande.

Syftet med uppsatsen är att beskriva CAM terapeuters praktikmönster och inställning till samarbete med traditionell skolmedicin.

Utifrån en litteraturstudie utarbetades en enkät som skickades till 102 CAM terapeuter i Sverige för att undersöka deras praktikmönster och sociodemografiska egenskaper. 63 terapeuter (62 %) svarade, varav 59 uppfyllde forskningskriterierna och kunde delta i de fördjupande telefonintervjuer som följde efter enkätstudien och som syftade till att ta reda på deras syn på samarbete med den skolmedicinska sjukvården.

Resultaten av undersökningen visade att 55 %, av de 59 intervjuade var kvinnor, 10 % hade legitimation i andra sjukvårdsyrken, 69 % arbetade ensamma med i snitt 24 patienter i veckan. 79 % var positiva till samarbete med skolmedicinen och 37 % hade redan regelbunden kontakt med läkare. Intervjuerna visade att CAM terapeuter generellt ansåg att det var viktigast att patienters behov och önskemål beaktades i utformningen av den vård som erbjöds. Patienternas kostnad för behandling, respekt för CAM terapeuter, legitimation, konkurrens, samarbete med och kunskap om de olika yrken var andra viktiga faktorer som belystes ur olika perspektiv.

Studien ger ny kunskap om CAM i Sverige och avslöjar många hinder som gör samarbete mellan skolmedicin och CAM till en utmaning för CAM terapeuter. Resultaten från denna studie kan hjälpa till att utveckla en sjukvård som omfattar olika utövare av läkekonsten.

Nyckelord

komplementär och alternativ medicin, CAM, integrative medicin, interprofessionell samarbete



Master of Public Health

–Thesis–

Title and subtitle of the thesis Practice patterns of Swedish complementary and alternative practitioners and their collaboration with medical professionals				
Author Catharina Bock				
Author's position and address Naturopathic Physician Crataegus health Clinic 700 Enos Lane Corralitos, Ca. 97056 USA				
Date of approval October 23, 2009			Supervisor NHV/External Runo Axelsson, Professor	
No. of pages 46	Language—thesis Swedish	Language—abstract English/Swedish	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-79-5

Abstract

This study aims to describe the practice patterns of complementary and alternative medicine (CAM) practitioners and their collaboration with traditional medical professionals in Sweden. Historically, the medical profession has dominated medical practice in an environment of different healing professions. This domination placed CAM professionals outside the established medical system. Consequently, information about CAM is inadequate. Since today's patients increasingly seek consultations with CAM practitioners, the need for a better understanding of these professions has grown.

To investigate the practice patterns and sociodemographic characteristics of CAM practitioners, we developed a literature-based questionnaire and sent it to 102 CAM practitioners. Among the 63 practitioners (62%) who replied, only 59 matched our research criteria for participating in further telephone interviews that allowed them to state their opinions on collaborating with conventional medical professionals.

Fifty-five percent of the telephone interviewees were women, 10% were licensed in other medical professions, and 69% worked in solo practices, seeing 24 patients per week on average. Furthermore, 79% felt collaboration would be positive, and 37% had already established regular contacts with medical doctors. CAM practitioners generally considered patients' needs and desires to be an essential component of healthcare provision. They also elucidated the importance of treatment costs, respect for CAM professionals, licensing, competition, collaboration, and knowledge of a variety of professions.

This study provides new information about the challenges faced by CAM profession in Sweden and reveals many obstacles to collaboration. Our results can assist in the development of a health care system that includes a variety of different professions.

Key words

complementary and alternative medicine, CAM, integrative medicine, interprofessional collaboration

Svenska komplementär- och
alternativmedicinska
terapeuters praktikmönster och
samarbete med legitimerad
sjukvårdspersonal.

Catharina Bock

Master of Public Health

MPH 2009

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Introduktion	7
1.1 Bakgrund	7
1.2 Problemställning	8
1.3 Folkhälsoperspektiv	9
1.4 Nordisk Perspektiv	10
2 Syfte	10
3 Tidigare Studier	11
3.1 Patienter	11
3.2 Läkare och CAM terapeuter	12
3.3 Integration eller samarbete	13
3.4 Professionella gränser	15
4 Metod	16
4.1 Urval	17
4.2 Datainsamling	17
4.3 Analysprocessen	18
4.4 Validitet och Reliabilitet	18
4.5 Beskrivning av förförståelse	19
5 Resultat	19
5.1 Kvantitativa resultat	19
5.2 Kvalitativa resultat	23
6 Diskussion	28
6.1 Resultat och metoder	28
6.2 Ett teoretiskt förslag till praxis	30
6.3 Samarbete för patientens bästa	34
6.4 ”Utmärkta terapeuter”	34
6.5 Förslag till framtida forskning	35
7 Slutsatser	35
Omnämnande	35
Bilaga 1	37
Bilaga 2	39
Bilaga 3	42
Referenser	44

1 INTRODUKTION

1.1 BAKGRUND

Historiskt har den medicinska professionen sökt exklusiva rättigheter att praktisera i en miljö där många olika yrkesgrupper fanns. Genom statens stöd har den s.k. skolmedicinen fått auktoritet över andra professioner, som delvis har blivit paramedicinska yrken om de ansågs vara tillräckligt vetenskapliga eller också blivit kallade kvacksalvare och hamnat utanför statligt stöd och kontroll (Freidson 1970).

Trots detta har prevalensen av användning av alternativ medicin ökat i hela västvärlden och även i de nordiska länderna. I en befolkningsstudie angående inställning till och användning av komplementär medicin i Stockholms län visade det sig att nyttjandet har mer än fördubblats de senaste 15 åren, från 22 % år 1980 till 49 % år 2000 (HSN 2001). Enligt en artikel i *New England Journal of Medicine* 1993 använde en av tre amerikaner någon form av komplementär eller alternativ medicin (Eisenberg 1993). Fem år senare hade 47 % av befolkningen besökt en alternativ terapeut (Eisenberg 1998). Förändringen märks också på sjukhusen.

Enligt den amerikanska sjukhusföreningen hade 17 % av sjukhusen komplementär och alternativmedicinska tjänster år 2002, mer än dubbelt så mycket som de 8 % som fanns 1998 (Kirn 2004). Ernst (2006) påpekar att efterfrågan på alternativa behandlingsformer fortsätter att öka trots att vetenskapligt bevis inte alltid finns.

I denna uppsats ska begreppet skolmedicin användas för att beskriva den konventionella eller ortodoxa medicinen vars metoder är vetenskapligt bevisade och godkända av staten (LYHS 1998). Alternativ medicin är svårare att definiera därför att den inkluderar så många olika terapier. Internationellt används ett samlat begrepp "Complementary and Alternative Medicine" med förkortningen CAM för att beskriva området. Denna förkortning kommer att användas fortsättningsvis i uppsats.

En vanlig definition från The National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM, i USA säger att CAM är en grupp av diverse medicinska och hälsovårdsmetoder och produkter som för närvarande inte ingår i skolmedicin (NIH 2005). Med andra ord är definitionen av CAM bara en beskrivning av vad CAM inte är. Om den skolmedicinska sjukvården börjar använda någon CAM metod, vilket har hänt med kiropraktik, naprapati och akupunktur, ska det sedan inte längre kallas CAM? Listan av vad som anses vara CAM ändras därmed hela tiden när skolmedicin anser att en terapiform är säker och effektiv så att den kan ingå i den offentliga sjukvården eller när nya synsätt i sjukvården träder fram.

Coulter (2004) vidareutvecklar definitionen av CAM genom att beskriva komplementär medicin och alternativ medicin separata från varandra. Han säger att komplementär betyder en terapi som används tillsammans med den etablerade sjukvården, men då får den en sekundär roll. Alternativ medicin används istället för skolmedicin, men då kan det tolkas som om alternativ medicin ska kunna bota alla sjukdomar (Coulter 2004).

Ett annat begrepp som behöver definieras, därför att det används mycket i diskussioner om CAM, är ”integrative medicine”. Wahner-Roedler (2005) beskriver det som ett försök att kombinera skolmedicin med CAM terapier som har blivit evidensbaserad och därför kan accepteras. Det råder alltså mycket oklarhet om vad CAM egentligen innebär. Frågan är om CAM terapier blir en del av evidensbaserad skolmedicin när forskning bevisar deras effekt och att de därmed inte är längre är CAM, utan ingår i ett nytt integrativt medicinskt paradigm(Tovey 2004).

1.2 PROBLEMSTÄLLNING

De flesta CAM terapeuter i Sverige arbetar helt utanför den etablerade sjukvården idag och ingen statlig kontroll finns eftersom de saknar legitimation. Lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet förpliktar legitimerad sjukvårdspersonal att ”utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet” (LYHS 1998,kapitel 1). CAM terapeuter beskrivs i lagen som ”den som yrkesmässigt undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar sjukdom” och de får inte:

- Behandla smittsamma sjukdomar som är anmälningspliktiga.
 - Behandla cancer, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning.
 - Undersöka eller behandla annan under bedövning eller hypnos.
 - Behandla med radiologiska metoder.
 - Utan personlig undersökning lämna skriftligt råd eller anvisningar för behandling.
 - Prova ut eller tillhandahålla kontaktlinser.
 - Undersöka eller behandla barn under 8 år.
- (LYHS 1998, kapitel 4).

Eftersom CAM terapeuter inte har legitimation anses de inte tillhöra sjukvårdspersonal och står därmed inte under Socialstyrelsens tillsyn.

Lagen reglerar därmed bara vad som inte är tillåtet att göra, men ingen statlig myndighet har ansvar för vad en CAM terapeut får göra.

Kunskap om förekomsten av CAM terapeuter och deras praktikmönster är bristfällig. Den enda studie som beskriver CAM utövare i Sverige är en rapport från Västerbottens läns landsting. Landstinget hade beslutat att förbättra samspelet mellan CAM och den offentliga sjukvården, så det gjordes olika undersökningar inklusive en enkät bland privatpraktiserande CAM terapeuter. Av 31 terapeuter svarade 20 på enkäten som bland annat visade att dessa terapeuter ger 23 000 behandlingar per år (Söderström 2003). En annan enkät vid samma undersökning visade även att CAM utbildning och CAM verksamhet är ganska vanlig bland landstingsanställda. Det finns alltså CAM inom den offentliga sjukvården trots att legitimerad sjukvårdspersonal enligt lagen skall hålla sig till vetenskap och beprövad erfarenhet (Eklöf 2001).

Internationellt finns det inte så många studier som belyser CAM terapeuters arbete, men två amerikanska studier kan nämnas i detta sammanhang. Boon (2004) beskrev praktikmönster och verksamhetsområden för legitimerade naturläkare i USA och Cherkin (2002) gjorde en kartläggning av vad som kännetecknade patientbesök hos CAM terapeuter. Det behövs emellertid fler studier för att ge information som kan hjälpa forskare och politiker att bestämma hur yrket ska relateras till sjukvården och hur det ska regleras.

1.3 FOLKHÄLSOPERSPEKTIV

Utifrån ett folkhälsoperspektiv är samarbetet mellan olika aktörer inom hälsovården en viktig fråga. Folkhälsovetenskap enligt Karolinska folkhälsoakademin är *”det tvärvetenskapliga område som syftar till att studera och påverka hälsans bestämningsfaktorer på befolkningsnivå” dvs. arbetslivets, miljöns, samhällsstrukturs och vårdssystemets betydelse för befolkningshälsa samt hälso- och sjukvårdens effektivitet*” (Karolinska Institutet 2006). Folkhälsovetenskap har då tre nyckelområden:

1. Att värna om hälsan.
2. Att förbättra hälsan.
3. Att förbättra sjukvårdens kvalitet (Griffiths, Jewell & Donnelly 2005)

Om sjukvården är fragmenterad utan samarbete mellan professioner, kliniker, sjukhus och primärvårdsinstanser måste det ses som en stor folkhälsoangelägenhet (Åhgren 2007). CAM kan ses som ett ytterligare fragment i sjukvårdssystemet.

Enligt Astin (1998a) är det ett problem med okunskap om förekomsten av CAM i patientbehandlingar. Han fann att CAM ofta används parallellt med skolmedicin utan att patienter nämner det för sin läkare. Vissa patienter undviker att gå till den offentliga sjukvården för de känner att alternativa behandlingar passar bättre ihop med deras tankesätt (Astin 1998a). Detta är egentligen ett integrationsproblem, men det kan i sin tur leda till folkhälsoproblem, som påpekats av olika forskare:

1. Det finns risk för allvarliga interaktioner mellan naturmedel och skolmediciner (Fugh-Berman 2001).
2. Behandlingar kan bli mindre effektiva eller överksamma om inte kunniga personer kontrollerar att de kombineras på optimalt sätt (Hsiao 2006).
3. Patienter får inte behandling för tillstånd som helst skulle behandlas av skolmedicin när de undviker läkare som de tror kan vara negativt inställda till CAM (Ernst 2006).
4. Det finns ingen kvalitetskontroll på CAM terapeuters utbildning eller praxis annat än egna förbund inom branschen där medlemskap är frivilligt.
5. Läkare undandrar patienter säkra och effektiva CAM behandlingar som kunde ha botat, minskat lidande och/eller haft mindre biverkningar. (Oneschuk 1999)

När det skrevs in i Ottawa Charter att närvarande länder förbinder sig: *”to reorient health services and their resources ”* (WHO 1986) kan tolkningen vara att även CAM har en roll att spela i det hälsofrämjande arbetet. Cohen (2004b) säger att en ideal sjukvård skulle ha sjukvårdsutövare som var välutbildade i ett brett urval av modaliteter och arbetade med olika specialister inom medicin inklusive CAM terapeuter. Därmed minskar risken för skadliga interaktioner mellan olika behandlingsformer (Cohen 2004b).

1.4 NORDISKT PERSPEKTIV

Människors intresse för alternativ medicin har ökat i de nordiska länderna i takt med den internationella ökningen. Prevalensen av CAM användning är hög i dessa länder: 34 % i Norge, 45 % i Danmark och 49 % i Sverige (Hanssen 2005). CAM ingår inte i den offentliga sjukvården i något nordiskt land och arbetsvillkoren för terapeuter skiljer sig inte särskilt mycket mellan länderna.

Det finns en nordisk samarbetskommitté (NSK) som består av medlemmar från varje lands alternativmedicinska paraplyorganisation och som arbetar för att förbättra samarbetet inom CAM yrket i Norden och främja CAM. Hos de nordiska branschorganisationerna för CAM råder en enighet om hur viktigt det är att säkra en hög kvalitet på hälsojänster inom sektorn.

Kvaliteten ska enligt den nordiska samarbetskommittén säkras genom:

- en gemensam hög utbildningsnivå i basmedicin
- en gemensam hög utbildningsnivå i de enskilda behandlingsformerna
- att säkerställa en hög etisk nivå och en god klinisk praktik
- att säkerställa att medborgarna är skyddade genom en ansvarsförsäkring
- att eftersträva en gemensam registrering av yrkesutövare som uppfyller ovanstående krav
- att eftersträva en gemensam nordisk nivå och därmed en gemensam arbetsmarknad för CAM yrkesutövare i Norden.

I Sverige heter paraplyorganisationen KAM, Kommitté för Alternativ Medicin. KAM har erbjudit terapeuter auktorisation och kvalitetssäkring med krav på basmedicinsk utbildning och ansvarsförsäkring.

2004 tillsköt den svenska regeringen 3 miljoner kronor för att skapa ett frivilligt register av alternativa terapeuter i Sverige. Förslaget stötte på mycket kritik, både från CAM terapeuter och från skolmedicinare. Ett omarbetat förslag ligger fortfarande på socialdepartementets bord för vidare behandling (SOU 2004:123). Sverige är ett av få länder i världen som tillåter lekmän att behandla sjuka människor med de restriktioner som finns i lagen (LYHS 1998). Norge, Danmark och Island har frivilliga register över CAM terapeuter, men i Finland finns det inte något register.

2 SYFTE

Syftet med detta arbete är att undersöka CAM terapeuters praktikmönster och inställning till samarbete med den offentliga sjukvården i Sverige.

Utifrån detta syfte har följande frågeställningar formulerats:

1. Vilken utbildning har CAM terapeuter i Sverige?
2. Hur många och vilken typ av patienter har de?
3. Vilka arbetstider har de?
4. Arbetar de ensamma eller i grupp?
5. Vilken typ av behandlingar ger de?

6. Vilken samverkan förekommer mellan CAM terapeuter och skolmedicin?
7. Vilka är erfarenheterna av samverkan?
8. Finns det önskemål om mer eller andra former av samverkan?

3 TIDIGARE STUDIER

Som tidigare nämnts finns det inte så många studier inom detta område. Litteraturen som granskats här tar inte upp frågor om säkerhet och effektivitet utan koncentrerar sig på studier som anses vara relevanta för bättre förståelse av CAMs plats bland de medicinska yrkena.

Aktuella studier kan delas upp i fyra områden. Först granskas undersökningar på patienters synpunkter och deras användning av CAM. Det andra området är hur läkare och CAM terapeuter ställer sig till samarbete med andra professioner och olika samarbetsformer. Det tredje området är integration av CAM och skolmedicin med referens till en modell för hälsofrämjande sjukvård. Sist redovisas några studier om gränser mellan olika professioner.

3.1 PATIENTER

Mycket av den forskning som bedrivits om CAMs användning har riktats mot patienter. Tre olika studier visar att patienter som söker CAM vård oftare är kvinnor i fertil ålder. De har högre än medelinkomst, högre utbildning än medeltalet och oftare en diagnos av kronisk eller livshotande sjukdom (Eisenberg 1998, Boon 2000, Zollman 1999). En studie i Sverige visar också att CAM användning är vanligare hos välutbildade kvinnor som upplever att de har dålig hälsa (Nilsson 2001). Det finns också en undersökning som visar varför människor söker CAM och orsakerna inkluderar: misslyckad skolmedicinsk behandling, tron på CAM, förväntningar att CAM behandling ska ge större kontroll över egna hälsobeslut, rädsla för biverkningar i samband med skolmedicinska behandlingar och missnöje med läkarvård (Astin 1998a). Ernst (2006) har gjort en sammanställning av faktorer som leder till att människor söker alternativa behandlingar. Enligt hans forskning finns det faktorer som driver människor att nyttja CAM ("push factors") och faktorer som drar mot CAM ("pull factors").

Drivande faktorer delar han upp i fyra olika möjligheter: Missnöje med skolmedicin, avvisande av skolmedicin, desperation vid obotlig sjukdom och hög kostnad för skolmedicinsk behandling.

Fem dragande faktorer har han också beskrivit: filosofisk inställning, personlig kontroll över behandling, bra relation med CAM terapeut, tillgänglighet och ökad välbefinnande. En sammanfattning av Ernsts resultat visas i Tabell 1.

Tabell 1: Möjliga faktorer bakom CAM användning (Ernst 2006).

Push factors
• Dissatisfaction with orthodox medicine
– ineffective
– adverse effects
– poor communication with doctor
– insufficient time with doctor
– waiting lists
• Rejection of orthodox medicine
– anti-science or anti-establishment attitude
• Desperation
• Cost of private orthodox medical care
Pull factors
• Philosophical congruence
– spiritual dimension
– emphasis on holism
– active role of patient
– explanation intuitively acceptable
– natural treatments
• Personal control over treatment
• Good relationship with therapist
– on equal terms
– time for discussion
– allows for emotional factors
• Accessible
• Increased well-being

3.2 LÄKARE OCH CAM TERAPEUTER:

Läkares inställning till CAM har varit forskningsfrågan i några studier. Enligt van Haselen(2004) var 66 % av läkarna i primärvården i London intresserade av mer information eller utbildning i CAM. Bara 6 % var emot integration av CAM i den offentliga vården. Många av läkarna angav att de inte bara var intresserade av CAM utan remitterade sina patienter till CAM terapeuter. En annan undersökning av allmänläkare i England visar att de såg CAM som en resurs för att skydda sig mot inskränkningar i sin kliniska autonomi som upplevdes vara hotad av den strikta hållningen för evidensbaserad medicin. Dessa läkare ansåg att en bra praxis var att praktisera läkekonsten, använda intuition och se till patientens egenhet. Erfarenheten ansågs vara lika viktig som vetenskapliga bevisade terapier (Adams 2000). En studie i Israel visade att både läkare (69 %) och CAM terapeuter (77 %) hade en positiv attityd till kommunikation och samarbete med varandra (Ben-Arye 2007).

Eikard (1997), en dansk läkare, sammanfattar frågorna kring relationen mellan CAM och skolmedicin, med utgångspunkt på hur han själv skulle ställa sig till CAM i sitt arbete. Han skriver att läkare och CAM terapeuter sällan träffar varandra personligen. De hör och läser om varandra och slåss i organisationer, rättegångar och media. Det finns ett antal frågor som han anser måste ställas när man talar om samarbete eller integration:

- Ska det byggas broar, integreras?
- Ska de komplettera varandra eller är det omöjligt?
- Ska de bara lära sig att acceptera varandra utan strider?

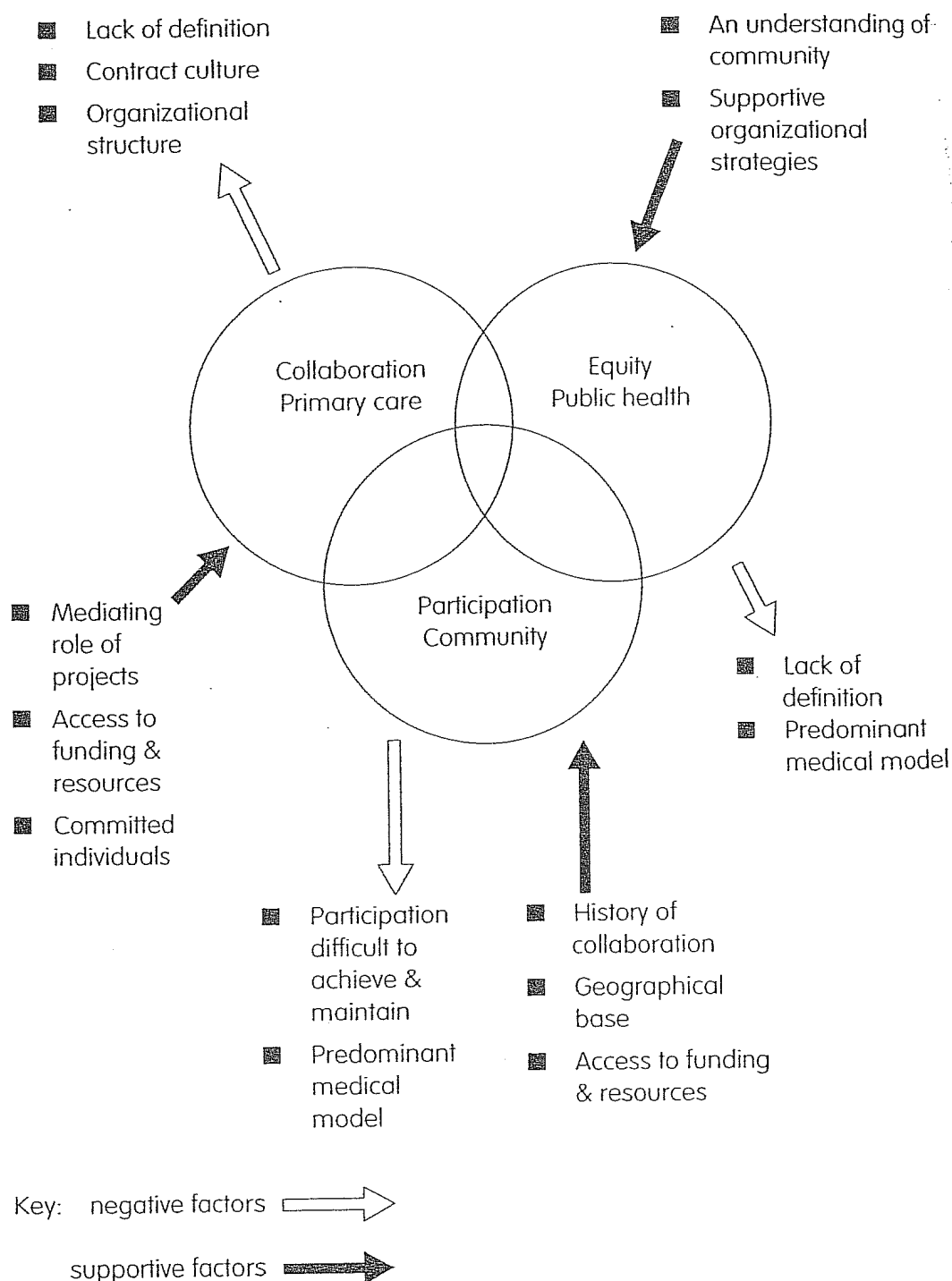
- Ska en ta över den andra? Vem ska då få överleva?
- Ska alla bli legitimerade? Vem ska bestämma reglerna för det? Vilka ekonomiska konsekvenser blir det?
- Kommer det inte alltid att finnas ett alternativ till skolmedicin?
- Eller finns det så många känslor i båda skolmedicinen och CAM och båda är så inrutade i sina egna idéer att kommunikation är omöjlig?

Han utvecklar sina frågor vidare med att undersöka närmare vad han anser vara positiva och negativa aspekter, samt likheter och skillnader, mellan de olika medicinska paradigmen. Sedan kommer han till slutsatsen att det bästa för hans arbete vore om alla parter kunde utveckla en öppen dialog och lära sig av varandra (Eikard 1997).

3.3 INTEGRATION ELLER SAMARBETE:

Den samarbetsform som kallas integrativ medicin har studerats mest som en lösning på hur CAM ska förhålla sig till sjukvården. Enligt Coulter (2004) är själva frågan om de olika medicinska paradigmen är kommensurabla d.v.s. om de inte är logiskt motsägande. Är paradigmen helt inkommensurabla så menar han att det inte finns någon anledning att föra CAM diskussionen vidare. Enligt Michaelsen (2006) gör de filosofiska värderingarna bakom CAM att integration i det skolmedicinska systemet blir ännu mer komplicerad. Hon undrar också om de två filosofiskt så olika tankesätten kan finnas tillsammans eller om både CAM och skolmedicin måste ändra sina grundläggande inställningar för att kunna integreras. Coulter (2004) skriver att det är märkligt att en ökning av CAM användning förekommer i länder där västerländsk vetenskap och evidensbaserad praxis dominerar sjukvården. Han tror att det kan bero på samhällsförändring och inte på den medicinska vetenskapen. Enligt Rees (2001) borde integrativmedicinska modeller lägga vikten på hälsa och läkande i stället för sjukdom och symtombehandling och inkludera utöver skolmedicinska och CAM interventioner även sociala, psykologiska och andliga faktorer.

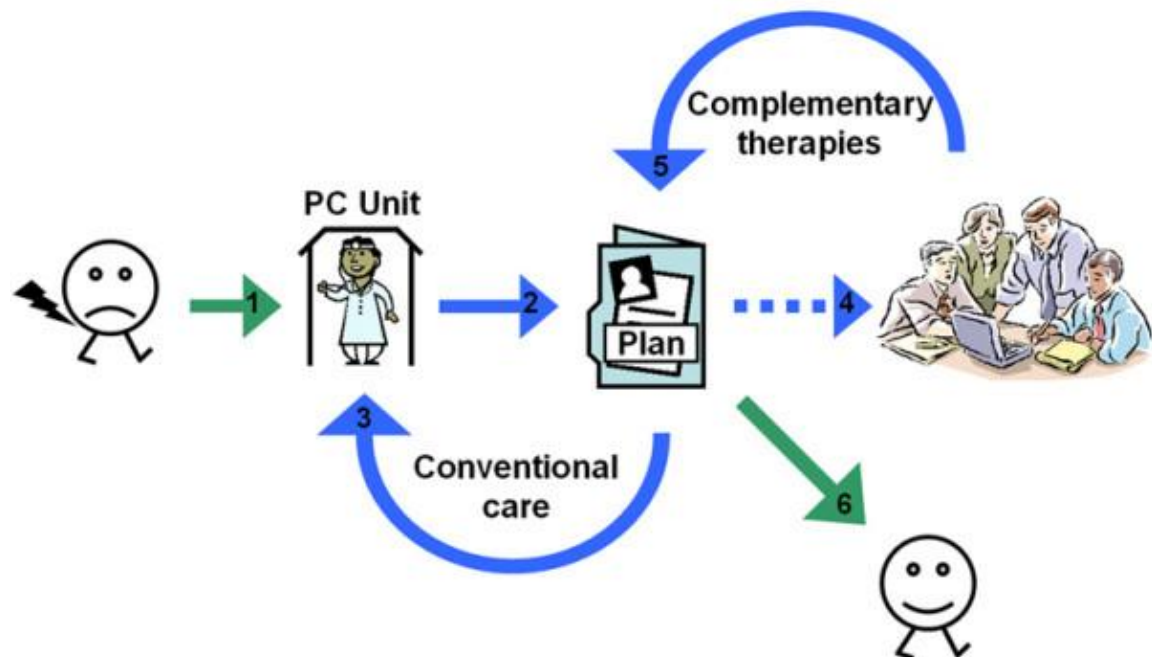
Utifrån ett folkhälsoperspektiv är samarbetet eller integreringen av olika aktörer inom hälsovården en angelägen fråga. Griffiths (2005) skriver att det är viktigt att värna om människors hälsa, att agera för att förbättra hälsan och även förbättra sjukvårdens kvalitet. En modell som kan användas för att förstå utmaningar i arbetet för en mer hälsofrämjande sjukvård beskrivs av Naidoo och Wills (2000). Denna modell sammanfattas i Figur 1, som visar hur hälsofrämjande sjukvård fungerar bäst om den kombinerar tre områden: samarbete i primärvården, ett samhälle med högt deltagande, samt jämlikhet i folkhälsan. Vissa faktorer gynnar möjligheten för en lyckad kombination medan andra motverkar. Figuren visar att den dominerande medicinska modellen kan hindra utvecklingen. Bristande definition på samarbete och jämlikhet hindrar också en effektiv hälsofrämjande sjukvård enligt modellen. Om det dominerande medicinska tankesättet blir mer öppet kan olika medicinska modeller accepteras och då ökar utrymmet för ett bredare spektrum av patientanpassade behandlingar. CAM skulle kunna passa in i modellen och bidra till en sjukvård med mer fokus på hälsofrämjande arbete (Naidoo & Wills 2000).



Figur 1: En modell för hälsofrämjande sjukvård (Naidoo & Wills 2000)

Forskning som arbetar med att hitta sätt att integrera CAM i sjukvårdssystemet antyder en öppning i den dominerande medicinska modellen. Sundberg och hans kollegor (2007) tog fram en modell för integrativmedicinsk behandling inom den svenska primärvården. Modellen ger en interdisciplinär blandning av CAM och skolmedicinska metoder som sätter patienten i centrum vid problem med rygg- och nacksmärtor. Figur 2 visar hur den integrativmedicinska modellen kunde användas för kliniska fall. 1) Patienten med rygg- eller nacksmärtor kommer till vårdcentralens läkare. 2) Patienten och läkaren kommer överens om en behandlingsplan.

3) Patienten erbjuds ortodox behandling. 4) I de fall där CAM behandling anses vara lämplig integreras det in i behandlingsplanen efter en konferens med ett integrativmedicinskt terapeutteam. 5) Patienten erbjuds CAM terapier som en del av behandlingsplanen. 6) När behandlingen är färdig avslutas fallet (Sundberg *et al* 2007).



Figur 2: En integrativmedicinsk modell (Sundberg *et al* 2007).

Det pågår också försök att beskriva förutsättningarna för integrativmedicin från yrkesutövarens perspektiv. Enligt Hsiao (2006) var det fyra viktiga nyckelområden som visade sig påverka vad läkare tänkte om CAM. Det var deras attityder, kunskaper, remisser och praktik. Ålder, utbildning och praktikmiljö visade sig också vara viktiga faktorer som avgjorde vilken inriktning terapeuter hade mot integration av de olika CAM behandlingarna. Kommunikationen mellan läkare och patienter angående användning av CAM är en annan viktig del i samarbetsfrågan. En studie av Shelley (2009) visar att kommunikationen påverkas av tre faktorer. För det första har patienter större benägenhet att berätta för sin läkare om sin användning av CAM terapier om de uppfattar läkaren som accepterande och inte dömande mot allt annat än evidensbaserad medicin.

För det andra förbättras kommunikationen om läkaren frågar om patientens användning av CAM. Den sista faktorn som påverkade patienters öppenhet var läkarens bekvämlighet med patienters användning av alternativa terapier. Slutsatsen var att läkare kunde utveckla strategier med hjälp av studiens resultat för att förbättra kommunikation kring CAM med sina patienter (Shelley 2009).

3.4 PROFESSIONELLA GRÄNSER

Enligt Abbot (1988) strävar alla professioner efter att få full makt över sina domäner. Om detta är fallet så kan professionaliseringen göra interprofessionell samverkan svårare

(Erichsen 1996). Ett interprofessionellt perspektiv måste därför fokusera på hur olika yrkesgrupper kan bidra på ett konstruktivt sätt (Fosse 2007). För att kunna definiera hur CAM yrken ska vara i förhållande till skolmedicinska yrken behövs det kunskap om gränser mellan professionerna. Shuval (2004) säger att det alltid har funnits tydliga gränser mellan CAM och skolmedicin, men han anser att en förändring är nödvändig om samarbete ska kunna fungera. I sin studie visar han att CAM terapeuter har fått komma in på skolmedicinska revir där det bara har funnits ortodoxa yrken tidigare, men de anses fortfarande inte vara som annan personal. På olika sätt kunde man se att de marginaliserades (Shuval 2004).

Mizrachi (2005) gjorde en annan studie i Israel, som undersökte strategier i den skolmedicinska diskussionen mot den växande efterfrågan på CAM hos befolkningen. Han säger att formellt försöker skolmedicinen säkra sin ställning som den riktiga medicinen och referera till CAM som en felaktig alternativmedicin. Men på den informella nivån förändras gränslinjerna. På sjukhusen där CAM terapeuter samarbetar visas ömsesidig respekt även om det finns en social och symbolisk avgränsning. Skolmedicinen ser ut att reagera mot miljö och marknadskrav för CAM genom att modifiera gränserna mellan de två paradigmen. Denna strategi tillåter skolmedicinen att absorbera sin konkurrent inom sin professionella jurisdiktion, samtidigt som den behåller absolut kontroll över sjukvårdsinstitutionerna (Mizrachi 2005).

I Israel har utvecklingen kommit långt i definition av samarbete, vilket framgår av en studie av Ben-Arye (2008) som beskriver ett verktyg som har tagits fram med hjälp av både CAM terapeuter och legitimerade läkare för att kunna användas när de ska skicka remiss till varandra. Primärvårdsläkare och CAM terapeuter var överens om vilka spørsmål läkarna skulle tänka på när de bestämmer om de ska remittera en patient för CAM terapi. Han säger att kommunikation mellan terapeuter och patienter skulle förbättras om patienter var medveten om möjligheten till remiss över gränserna. Dessutom kunde ett sådant system för remisser förbättra den evidensbaserade användningen av CAM och minska interaktioner och skadliga effekter mellan CAM och skolmedicin (Ben-Arye 2008).

4 METOD

För att undersöka hur CAM terapeuters arbetsförhållanden är och hur dessa terapeuter ställer sig till samarbete med skolmedicinen användes en enkät och telefonintervjuer. Enkäten innebar en kvantitativ undersökning av CAM terapeuternas praktikmönster. Telefonintervjuerna innebar en kvalitativ undersökning av CAM terapeuternas tankar kring samarbete med skolmedicinen. Studien försökte på så sätt att kombinera en kvantitativ analys av praktikmönster med en kvalitativ innehållsanalys av intervjusvar på frågor om samarbete.

De två kvantitativa studierna av Boon (2004) och Cherkin (2002) om CAM terapeuters praktikmönster i USA gav idéer för utformning av enkätfrågorna. Det innebar också att resultaten beträffande de svenska CAM terapeuternas praktikmönster kunde redovisas i ett bredare perspektiv genom att jämföras med dessa tidigare studier.

Den kvalitativa studien bidrar med att klargöra de komplicerade frågorna om samarbete, som är svåra att beskriva med siffror. Därmed får studien en bättre validitet eller giltighet för kombinationen av metoder gör att enkäten och intervjuerna bättre mäter den information som de är avsedda att mäta.

4.1 URVAL

Terapeuter som ingick i studien tillhörde tre olika CAM yrkesförbund. Förbunden valdes för att de var medlemmar i Kommittén för Alternativ Medicin, ett paraplyförbund för CAM terapeuter i Sverige som krävde liknande utbildningar för medlemskap. Kontaktinformation för terapeuterna lämnades ut av förbundskanslierna och KAMs hemsida. Medlemmar i Svenska Naturläkarförbundet (SNLF), Svenska Naturmedicinska Sällskapet (SNS) och Näringsmedicinska Terapeutförbundet (NMTF) valdes. Dessa är så kallade blandterapeuter som ska ha en bredare kunskap om olika CAM modaliteter än terapeuter som sysslar med enbart en modalitet och är därmed mer lika den amerikanska Naturopathic Doctor (ND) som undersöktes i Boons (2004) och Cherkins (2002) studier.

SNLF har för närvarande 78 medlemmar varav 45 är naturläkare (NL) och 33 är naturterapeuter (NT). Bilaga 2 visar utbildningskrav för förbundet. NMTF terapeuter arbetar mest med närings- och funktionsmedicin men även med fytoterapi, kosttillskott och olika kroppsterapier. Det finns 23 medlemmar i NMTF. Utbildningskrav för förbundet finns i bilaga 3. SNS har 77 medlemmar och antagningskraven är 40 poäng basmedicin samt att man är utbildad i två alternativmedicinska terapiformer. Ansökningar behandlas individuellt för att besluta om terapeuter har tillräcklig utbildning för att bli antagen.

Frågan om utbildning är komplicerad i Sverige för det finns ingen utbildning som fyller alla krav för dessa förbund. En fyraårig universitetsutbildning på heltid, liknande den i USA saknas. Terapeuter får hitta kurser bland ett stort utbud. Bara i tidningen *Massage och Kroppsvård*, som hade ett temanummer om utbildningar, fanns 300 olika kurser som var mellan en vecka och fem år långa. Av de 73 kurser som varade ett år eller längre var bara 10 på heltid (Utbildningsguide 2008).

Det finns även andra CAM förbund med flera medlemmar, som Svenska Homeopaters Riksförbund med 253 medlemmar och Svenska Akupunkturförbundet med 300 medlemmar. De kunde ha ingått i studien men togs bort eftersom de bara arbetar med en terapiform och var inte medlemmar i paraplyorganisationen KAM. Därmed ansågs deras utbildningar vara för olika för att vara jämförbara med varandra och med de amerikanska naturläkarna. Samtidigt kan begränsningen till bara tre förbund i studien vara en felkälla för informationen kom ifrån för få terapeuter och inte inkluderade en representativ grupp av olika sorters terapeuter.

De terapeuter som ingick i studien var yrkesverksamma och hade minst 10 patienter i veckan. Ingen övre åldersgräns fanns. Även terapeuter som samtidigt arbetade med ett annat yrke intervjuades.

4.2 DATA INSAMLING

En enkät utarbetat med hjälp av frågor från enkäten som användes i de liknande studierna i USA och även några frågor från den tidigare nämnda studien om stockholmsbor och den komplementära medicinen (HSN 2001) skickades elektroniskt till medlemmar i de tre valda CAM yrkesförbund. När svaren kom in följdes det upp med telefonintervjuer för den kvalitativa delen av studien. Enkäten hade frågor som syftade till att belysa forskningsfrågorna. De täckte tre områden:

- Praktikmönster: antal patienter, typ av patienter, arbetstimmar, arbete ensam eller i grupp, typ av behandlingar.
- Samverkan med skolmedicin. Önskan att samarbeta, nuvarande samarbete, samarbete med vilken typ av legitimerade personer, önskan att bli legitimerad, nuvarande legitimation i något annat vårdyrke, åsikter om utformning av ett bra sjukvårdssystem.
- Demografisk information. Ålder, kön, födelseland, antal år som CAM terapeut.

Bilaga 1 visar enkäten i sin helhet.

Dessutom söktes information om utbildning genom att titta på inträdeskraven till de olika förbunden som intervjuade terapeuter tillhörde. Bilaga 2 och 3.

Svarsfrekvensen i undersökningen var inte helt tillfredsställande då bara 62 % svarade. Alla 178 CAM terapeuter som fanns på medlemslistorna kontaktades. Resultatet blev 63 intervjuer: 40 från Svenska Naturläkarförbundet, 19 från Svenska Naturmedicinska Sällskapet och 4 från Näringsmedicinska Terapeutförbundet. Fyra terapeuter togs bort för de behandlade mindre än 10 patienter i veckan så totalt 59 intervjuer användes för studien.

Av de 78 medlemmarna i Svenska Naturläkarförbundet var 6 pensionerade, 15 ringdes upp utan att lyckas få en intervju eftersom de inte återkom efter att telefonmeddelande lämnats. En bor i Norge och saknar e-post. 12 svarade inte på telefonsamtal och hade ingen telefonsvarare. Resterande 6 hade fel information på medlemslistan och hittades inte via nummerupplysningen.

Med Svenska Naturmedicinska Sällskapet var det ännu svårare.

Av 77 medlemmar hade en avlidit, 8 pensionerats, 24 ringdes upp utan att nå fram, 20 hade fel nummer och en ville inte svara på frågorna. Sist kom Näringsmedicinska Terapeutförbundet. Fyra intervjuer gjordes innan det bestämdes att antalet intervjuer var tillräckligt många för studiens syfte. Av de terapeuter som kontaktades var svarsfrekvensen 62 %. Därmed misslyckades målet att få svar från de flesta terapeuter i förbunden.

4.3 ANALYSPROCESSEN

I den kvantitativa delen användes beskrivande statistik i form av medelvärden, medianvärden, standarddeviation och frekvens. Antalet terapeuter som svarade på de olika frågorna räknades ut som procent (Gerstman 2008).

Den kvalitativa innehållsanalysen av texterna från intervjuerna gjordes genom identifikation, kategorisering, klassificering och kodning av mönster i data (Patton 2002). De nedskrivna svaren lästes flera gånger och huvudidéer eller koder underströks i olika färger, samma färg varje gång samma idé nämndes. Sedan samlades alla koder med samma färg ihop och de bildade en kategori. Med en tillbakablick på svaren kom samband mellan de olika koderna fram och även ett huvudtema.

4.4 VALIDITET OCH RELIABILITET

Validiteten och reliabiliteten i denna studie har några begränsningar. I en kvantitativ studie betyder begreppen validitet och reliabilitet framför allt att datainsamlingen gjordes korrekt.

Att rätt sorts data är insamlade och på ett tillförlitligt sätt. I en studie med kvalitativ ansats berör begreppen validitet och reliabilitet både datainsamlingen och den efterföljande analysen.

Är mätningen fri från bias av personen som mäter? Detta kan vara en felkälla eftersom bara en person gjorde undersökningen, men de väl strukturerade frågorna i enkäten anses minska risken för metodfel i den kvantitativa delen av studien.

I den kvalitativa delen är det svårare att utvärdera validitet av insamlade information.

Undersökaren har alltid förutfattade meningar om ämnet som kan påverka resultaten. Tidigare professionella och personliga erfarenheter kan ha påverkat val av ämne, motivation till studien och val av teorier. Eftersom många av terapeuterna var bekanta med undersökaren från olika CAM kurser och förbunds möten kan deras svar ha påverkats.

Det kunde ha varit en fördel att vara bekant med terapeuterna för några sade att de hade vägrat intervjun om de inte kände intervjuaren. De kände sig inte hotade eller kritiserade när de fick frågorna av en kollega. Förhoppningsvis ökade ärligheten men det kan också ha varit tvärtom, att de försökte imponera och svarade på ett sätt som de trodde var korrekt för deras yrke.

Ett annat problem med denna studie var att urvalet blev snett eftersom så många av terapeuter som fanns på medlemslistorna inte kunde kontakta eller inte svarade på enkäten. Genom att räkna ut procenten från antalet som svarade så behandlades alla terapeuter som inte svarade som om de inte arbetade. Därmed visar studien ingenting om antalet terapeuter som arbetar med CAM.

4.5 BESKRIVNING AV FÖRFÖRSTÅELSE

Eftersom författaren har arbetat i Sverige som CAM terapeut i 23 år är synpunkter om detta ämne oundvikliga. Erfarenheten är att några läkare har varit öppna till samarbete och andra har inte ens velat veta om CAMs existens. Tyvärr har de negativt inställda varit merparten. Efter den fyraåriga amerikanska naturläkarutbildningen och legitimation både i delstaten Oregon, USA och i British Colombia, Canada så har den svenska inställningen till CAM känts som ett hinder i yrkesutövningen. Det är tänkbart att författarens bakgrund kan ha påverkat intervjuresultaten. Förhoppningsvis har dock strukturen i enkäten förhindrat eventuell påverkan på svaren så att studien anses ha validitet.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN.

I Sverige behövs det inget tillstånd från etiska kommittén för att bedriva forskning med intervjuer på friska vuxna personer.

5 RESULTAT

5.1 KVANTITATIVA RESULTAT

Beskrivande statistik, medelvärde, standard deviation, procent och frekvens, användes för att beskriva såväl terapeutegenskaper som terapeuternas praktikmönster. Tabell 1 visar att CAM terapeuter i Sverige oftare var kvinnor (55 %) och 91 % var födda i Sverige. Bara fem av terapeuterna var födda utomlands: 2 i Finland, en i Polen, en i Indien (adopterad till Sverige)

och en i Iran. 20 % hade ett annat yrke och arbetade oftare ensamma (69 %) än i grupp. I snitt var terapeuterna 53.6 år gamla. De kvinnliga var äldre (55.18 år) än de manliga (49.5 år). En jämförelse med resultaten från Cherkins (2002) tidigare nämnda studie visar att naturläkare i delstaten Washington också var huvudsakligen kvinnor och inrikes födda. Denna studie, liksom Boons (2004) studie gav data som jämfördes med de Svenska resultaten.

Resultaten från de amerikanska studierna kan anses vara jämförbara, därför att metoden och enkätfrågorna om CAM terapeuters utbildning och praktikmönster hade många likheter. Terapeuterna som ingick i alla studier hade breda utbildningar som täckte olika CAM modaliteter. Urvalet i de amerikanska studierna skedde genom yrkesförbund i Cherkins (2002) studie och genom legitimationsregister i Boons (2004) studie. Svarsfrekvensen var 78 % för Cherkin, 75 % för Boon och 62 % i den svenska studien. Ett problem med jämförelsen är att Boons och Cherkins studier gjordes 1998 och 1999. På tio år har yrkets praktikmönster ändrats oerhört mycket i USA. Flera stater har infört legitimation och flera försäkringsbolag hjälper till med kostnader. Detta har gjort att flera patienter kan välja CAM.

Ett annat problem är att sjukvården är mycket annorlunda i USA och naturläkare som ingick i dessa studier hade legitimation.

Så deras arbetsmiljö var mycket annorlunda. Jämförelsen kan ändå ge ett större perspektiv på situationen i Sverige.

I Tabell 1 redovisas också CAM terapeuters egenskaper i Sverige och i USA. Cherkins (2002) studie visade att 33 % hade andra legitimerade sjukvårdsyren, oftast sjuksköterskor men även kiropraktor och akupunktör. I denna studie fanns det 20 % som hade andra yrken men bara 10 % var legitimerade inom sjukvården och då som sjuksköterska eller naprapat. Färre arbetade ensamma i USA (54 %) jämfört med i Sverige (69 %). Det fanns också betydligt flera som arbetade i en multidisciplinär praktik i USA (35 %) än i Sverige (10 %). Detta kan bero på att naturläkare i den amerikanska studien var legitimerade. Yrket är mer accepterat där trots att det finns större risk för rättsliga problem för läkare om patienter stämmer någon CAM terapeut i deras praktik.

Tabell 1: Egenskaper hos CAM terapeuter i Sverige 2008 och i USA 1999 (Cherkin 2002).

	Sverige (n=59)%	Washington (n=111)%
Kvinna	55	57
Svenskfödd	91	94 (född i USA)
Annat yrke	20	33
Ensamarbetande	69	54
Med andra CAM	24	20
Multidisciplinär grupp	10	35
Med friskvård	5	

Tabell 2 visar en sammanställning av praktikegenskaper i Sverige och i Washington, USA (Boon 2004). Medianvärdet för antalet år av yrkesarbete med CAM i Sverige var 20 år, betydligt fler än de 7 år som funnits i den amerikanska studien 1998. Naturläkare i USA kan ha arbetat flera år idag men ingen studie har undersökt situationen år 2008. Svenska terapeuter arbetade direkt med patienter i snitt i 22 timmar i veckan (SD 17.52) jämfört med 24.5 timmar (SD 12.2) i USA. Flera naturläkare i USA angav att de hade patienter mellan 25 och 55

timmar i veckan (43.6%) än i Sverige, där de flesta terapeuter (69.3%) hade mindre än 24 timmar i veckan med patienter. Amerikanska naturläkare hade också flera patienter i veckan 30.5 (SD 24.7) jämfört med 24 (SD14.2) i Sverige.

Tabell 2: Praktikegenskaper hos CAM terapeuter i Sverige 2008 och i USA (Boon 2004).

	Sverige(n=59)	Washington(n=110)
Antal år i praktik (median)	20	7
Patientvårdtimmar/vecka		
medelvärde (SD)	22(17.52)	24.5(12.2)
1-14 timmar	22.4 %	20.0 %
15-24 timmar	46.9%	30.0 %
25-34	16.5 %	26.4%
35-55	8.1 %	17.2 %
45+	6.1%	6.4 %
Antal besök per vecka		
Medelvärde (SD)	24(14.2)	30.5(24.7)
1-19	42.3 %	34.6 %
20-29	25.1 %	21.8 %
30-39	17.3 %	21.8 %
40-49	9.6 %	9.1 %
50+	5.7 %	12.7 %

Patientegenskaper och de vanligaste typerna av behandling visas i Tabell 3, där 40.6 % av CAM terapeuterna rapporterade att mellan 81-100% av deras patienter var hos en legitimerad läkare innan de sökte deras hjälp. De flesta patienter (98 %) behandlades för kroniska besvär. Därefter kom friskvård (71 %) som besöksorsak. Akuta problem utgjorde 56 % och sist var psykiska besvär 18.6%. Summan var totalt mer än 100 % genom att terapeuterna kunde ange att de behandlade mer än en typ av patient i sin praktik. Terapeuterna utövade många olika terapier men de vanligaste var homeopati (44 %), naturmedel (42 %), kost rådgivning (39 %), akupunktur/akupressur (32 %), massage (30 %), zonterapi (22 %), blodanalys (17 %) och kiropraktik (17 %).

Tabell 3: Patientegenskaper hos CAM terapeuter i Sverige.

Procent som varit hos läkare innan CAM besök	
0-20 %	5.1%
21-40%	10.2 %
41-60 %	25.4 %
61-80 %	18.6 %
81-100 %	40.6%
Typ av patienter	
Akuta	56 %
Kroniska	98 %

Psykiska	18.6 %
Friskvård	71 %

Typ av behandlingar	
Akupunktur/akupressur	32 %
Kost	39
Naturmedel	42
Homeopati	44
Massage	30
Kiropraktik	17
Blod analys	17
Zonterapi	22

En sammanställning av svaren på frågorna om samarbete finns i Tabell 4. De flesta terapeuter var positiva till samarbete med legitimerade läkare (79.7%) men bara 50.8% vill bli legitimerade själva. Denna inställning till legitimation gällde ”bara om det inte begränsar mitt arbete” hos 15 % av terapeuterna. Helt emot legitimation var 28.8% av terapeuterna och 20.4% visste inte om de ville bli legitimerade eller ej. 37.3% av CAM terapeuterna hade redan samarbete med läkare och 32.2% samarbetade även med andra legitimerade yrken. Mest samarbete var det mellan CAM terapeuter och sjuksköterskor och sjukgymnaster (9 %). Bara 1 % samarbetade med dietister trots att 39 % sysslade med kost rådgivning själv. I USA hade 35 % av naturläkarna samarbete med legitimerad personal i multidisciplinära grupper.

Tabell 4: Samarbete med skolmedicin.

Vill samarbeta med läkare	
Ja	79.7 %
Nej	20.3 %
Vill få legitimation	
Ja	50.8 %
Nej	28.8 %
Vet ej	20.4 %
Har samarbete med läkare nu	
Ja	37.3 %
Nej	62.7 %
Har samarbete med annan legitimerad person	
Ja	32.2 %
Nej	67.8 %
Yrken som terapeuter samarbetar med:	
sjuksköterska 9 %, sjukgymnast 9 %, kiropraktor 5 %, naprapat 4 %, psykolog 3 %	
tandläkare 2 %, dietist 1 %	

Terapeuterna hade svårt att välja vilket av alternativen på enkätens tolfte fråga de trodde var den bästa samsarbetsmodellen. (Bilaga 1) Många sade att de inte riktigt hade tänkt på det sättet som beskrevs i frågan.

Däremot hade de mycket att säga vid telefonkontakten när de fick tala fritt om sina egna förslag på den bästa samarbetsmodellen. 8.5 % uttryckte att de inte kunde svara på alternativen på enkäten. De flesta (62.7%) tyckte att det bästa alternativet var om CAM terapeuter kunde få ett vårdavtal med den offentliga sjukvården, så att läkare kunde skicka patienter som de bedömde behöva CAM terapi och de kunde själva också remittera patienter till läkare. Det skulle underlätta samarbetet utan att begränsa friheten att arbeta med sin expertis.

Av terapeuterna var 15,2% nöjda med det nuvarande systemet. De föredrog att skolmedicin och CAM skulle fortsätta att vara separat. Integration av CAM inom den offentliga sjukvården ville bara 10.2 % av terapeuterna se som samarbetsmodell.

Tabell 6: Bästa samarbetsmodell.

Integration	10.2 %
Separat	15.2 %
Vårdavtal	62.7 %
Inte svarat	8.5 %

De 59 terapeuter som ingick i studien hade stor variation i antalet besök per vecka, mellan 10 och 65. Totalt hade de 1 273 patienter i veckan. De arbetade 44 veckor per år i snitt så det blir 56 012 patienter per år. Detta är bara en liten del av alla terapeuter som finns i Sverige

5.2 KVALITATIVA RESULTAT

Som tidigare beskrivits gjordes en tolkande innehållsanalys av svaren på intervjufrågan om samarbete mellan CAM och skolmedicin (Patton 2002). Svaren lästes flera gånger för att kunna identifiera viktiga idéer som återkom i flera intervjuer. Huvudtemat blev att all sjukvård alltid ska fungera för att ge patienten bästa vård och att alla parter måste komma ihåg att patienten ska stå i centrum.

Sex olika kategorier identifierades som beskrev åsikter om vad som påverkar hur sjukvården kan möta patienternas behov. Dessa kategorier var kostnader, respekt, konkurrens, legitimation, samarbete och utbildning. Under kategorierna fanns koder som hjälpte till att beskriva hur terapeuterna tänkte. Alla kategorier var sammanlänkade med huvudtemat och även med varandra.

Kostnader för sjukvården var en kategori som berörde alla. Samma ekonomiska regler skulle gälla för CAM som för den offentliga vården. Då måste den 25 procentiga mervärdesskatten på CAM behandlingar slopas. Om en legitimerad terapeut ger en CAM terapi som akupunktur får patienten hjälp med betalning av försäkringskassan, men om en olegitimerad akupunktör som har gått en fyraårig utbildning ger samma behandling måste patienten betala hela kostnaden själv. Många terapeuter ansåg att det var orättvis att en legitimerad sjukgymnast eller läkare får utöva akupunktur efter korta kurser medan välutbildade akupunktörer inte får ingå i sjukvården.

Respekt för terapeuter var en mycket känsloladdad kategori. Terapeuterna kände inte att läkare hade respekt för deras yrke och kunskaper. Ökad förståelse, ödmjukhet, tolerans och

öppenhet för CAM tyckte de behövdes för samarbete och för att minska konkurrensen mellan professionerna.

Konkurrens som är nära kopplad till respekt uppfattades som problem men inte bara mellan CAM terapeuter och läkare utan även mellan läkare inom den offentliga vården och mellan olika CAM yrken. Så här uttrycktes det av en terapeut:

”Vi måste hitta något som gör att läkarna kan acceptera CAM. Jag vet inte riktigt hur vi kan göra det men en sak är säker och det är att CAM terapeuter måste lära sig samarbeta med varandra om det ska finnas något samarbete med sjukvården.”

Legitimation var nästa kategori. Det hängde ihop med kostnader mer än med att legitimation skulle ge status. Terapeuter tyckte att registrering eller auktorisation efter uppfyllda krav på kunskap var lika bra som legitimation om det gav rätt till stöd från Försäkringskassan. Eftersom legitimeringen är grundad i evidensbaserad medicin och många CAM metoder inte har utforskats eller inte kan bevisas på detta sätt, blir legitimeringen omöjlig så länge skolmedicin behöver den sortens evidens för alla behandlingar. Vetenskaplig evidens kanske inte är nödvändig för att terapier ska kunna hjälpa patienter. En auktorisering av egna yrkesförbund kan räcka om det ger patienten försäkring att terapeuten är välutbildad.

Kategorin *samarbete* hade två underrubriker: integration och separation. De terapeuter som ville ha CAM integrerad i den offentliga sjukvården ville arbeta tillsammans med läkare. Team med CAM terapeuter och läkare på vårdcentraler kunde ge en stor avlastning. Läkare skulle kunna skriva remiss för CAM behandling. De terapeuter som redan hade legitimation i ett vårdyrke hade en annan insikt i sjukvården som syns i följande citat:

”Eftersom jag är sjuksköterska och vårdlärare också så har jag alltid blandat CAM och skol medicin. Det var för ensamt att jobba bara som naturläkare. Jag trivs bättre i team men jag har fått vara försiktig med vad jag säger när jag jobbar i sjukvården. Samtidigt har mina patienter som kommer för CAM terapi ökat förtroende för jag är leg. sjuksköterska.”

En annan terapeut uttryckte stor vilja att samarbeta och hjälpa patienter men samtidigt också frustration över läkarnas begränsningar. Det visar att det ligger tankar på patientens bästa mer än att arbetet bara är ett sätt att försörja sig::

”Jag skulle vilja jobba tillsammans med läkare. Man kunde även ha CAM på akuten. Det är olika sätt att stödja patienter. Man vill inte tjäna pengar på patienter. Bättre vore det med lön och så hjälper alla varandra.

Jag har varit i Kina och sett hur de använder akupunktur i samarbete med västerländsk medicin. Det är så härligt. Så skulle vi jobba egentligen. Jag tror allmänheten skulle vara tacksam om vi kunde samarbeta. De (läkarna) vill inte komma utanför sitt tankesätt men samtidigt skickar de mig många patienter från IVF kliniken för det verkar som ägginsättningar funkar bättre om kvinnan får akupunktur före och efter behandlingen. ”

Separation tycktes vara ett bättre alternativ för terapeuter som ansåg att CAM ska få behandla andra sorters patienter än de som behöver skolmedicinsk sjukvård. Den offentliga sjukvården behandlar sjukdomar, medan CAM behandlar krämpor utan diagnos. En terapeut visade att han kände sig hotad av skolmedicin när han sa:

"Jag tror inte vi ska närma oss varandra. Det var mycket bättre innan KAM (Kommittén för Alternativ Medicin) började med att försöka visa upp CAM för politikerna. Då fick vi jobba och hjälpa våra patienter utan att de hade insyn och det fanns ingen moms. Det kan bli som akupunktur; De lär sig 15 punkter och sedan får de utöva det och de riktiga välutbildade akupunktörerna trycks undan och kanske till och med förlorar möjligheten att utöva sitt yrke."

En terapeut ansåg att CAM kunde lösa stora hälsoproblem i samhället som inte den nuvarande offentliga sjukvården har möjlighet att lösa:

"För att stärka ett samhälle bör vi göra medvetna hälsostrategiska prioriteringar. Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder är idag en viktig faktor för att säkerställa samhällets välbefinnande. Det är ett allmänt faktum att vi idag har en hög sjukfrånvaro som kostar och skapar konsekvenser för samhället. Vad vi inte är lika uppmärksamma på är att det finns en "sjuknärvaro" som sänker produktiviteten på hela individens liv som handlar mer om att försöka överleva än att leva. Detta kan bearbetas med komplementära och alternativa metoder."

Den sista kategorin var utbildning. Det hängde ihop med att läkaren ansågs behöva mer utbildning i CAM för att kunna hjälpa patienter, för att inte se CAM terapeuter som konkurrenter och för att kunna samarbeta. Ett citat från en terapeut som arbetar inom sjukvården visar hur problemet kan se ut:

"Jag jobbar som distriktssköterska och jag ser ingen möjlighet för CAM i den offentliga vården. De har ingen kunskap. De är inte färdiga för samarbete. Jag kan inte säga något på jobbet om CAM. De tycker att jag är knäpp."

En annan terapeut trodde att utbildning av läkare skulle göra det möjligt att hjälpa en glömd grupp patienter inom sjukvården.

"Läkarna måste få bredare utbildning så de inte ser oss som konkurrenter. Vi måste ha förståelse för varandra men CAM och skolmedicin ska vara separat."

Här presenteras en sammanfattning av Tema, Kategorier och Koder som en samlad översikt över intervjuernas resultat.

Huvudtema: Patienten i centrum

Rätt att bestämma/välja:	på sjukhus på vårdcentral att söka privat
Legitimation om det gynnar patienten.	
Terapeuter ska ge stöd till patienten.	
Val i samförstånd med läkare; 1) Negativ inställning till CAM kränker patienten 2) Förhållandet patient – läkare ska skyddas	
Se hela människan vid varje besök.	

Kategori 1: Kostnader

Legitimation så att Försäkringskassan (FK) betalar.
CAM terapier betalas av FK om legitimerad personal utför arbetet, inte när olegitimerade gör det.
Samma ekonomiska regler för CAM och skolmedicin.
Momsbefrielse för CAM behandlingar.

Kategori 2: Respekt

Ingen ska prata illa om andra professioner.
Skolmedicinen får inte ta över CAM.
Ökad tolerans, större öppenhet.
"Vi är experter i vårt område."
"Vårt perspektiv måste respekteras för att vi ska kunna samarbeta".
Ökad förståelse och tolerans för att sjukdomar kan botas med olika medel.
Ödmjukhet, ibland är CAM bättre, ibland skolmedicin.
Allmän erkännande av CAM

Kategori 3: Konkurrens

"Patienterna är tillräckligt många för att räcka till för oss alla".
"Jag säger inget negativt om läkare till patienter". Förhållandet patient-läkare.
CAM terapeuter har svårt att samarbeta med varandra.
Konkurrens inom CAM yrken.

Kategori 4: Legitimation

Auktorisation av egen branschorganisation istället.
Kompetenskrav för legitimation eller registrering som ger patienten stöd från FK.
EBM(evidens baserad medicin) är grund för legitimation idag, men många CAM modaliteter har annat perspektiv, som inte kan bevisas med EBM.
Registrering bättre än legitimering.
Legitimerad personal går kortkurser i CAM terapier och får sedan utöva dem. Det är bättre att redan utbildade terapeuter får arbeta med det de är experter på.

Kategori 5: Samarbete

a) Integration

Full möjlighet till samarbete.
Remiss från skolmedicin till CAM.
CAM på vårdcentral kan ge stor avlastning.
Komplement
Förebyggande
Vill arbeta tillsammans med läkare.
Team med CAM och SM.

b) Separation

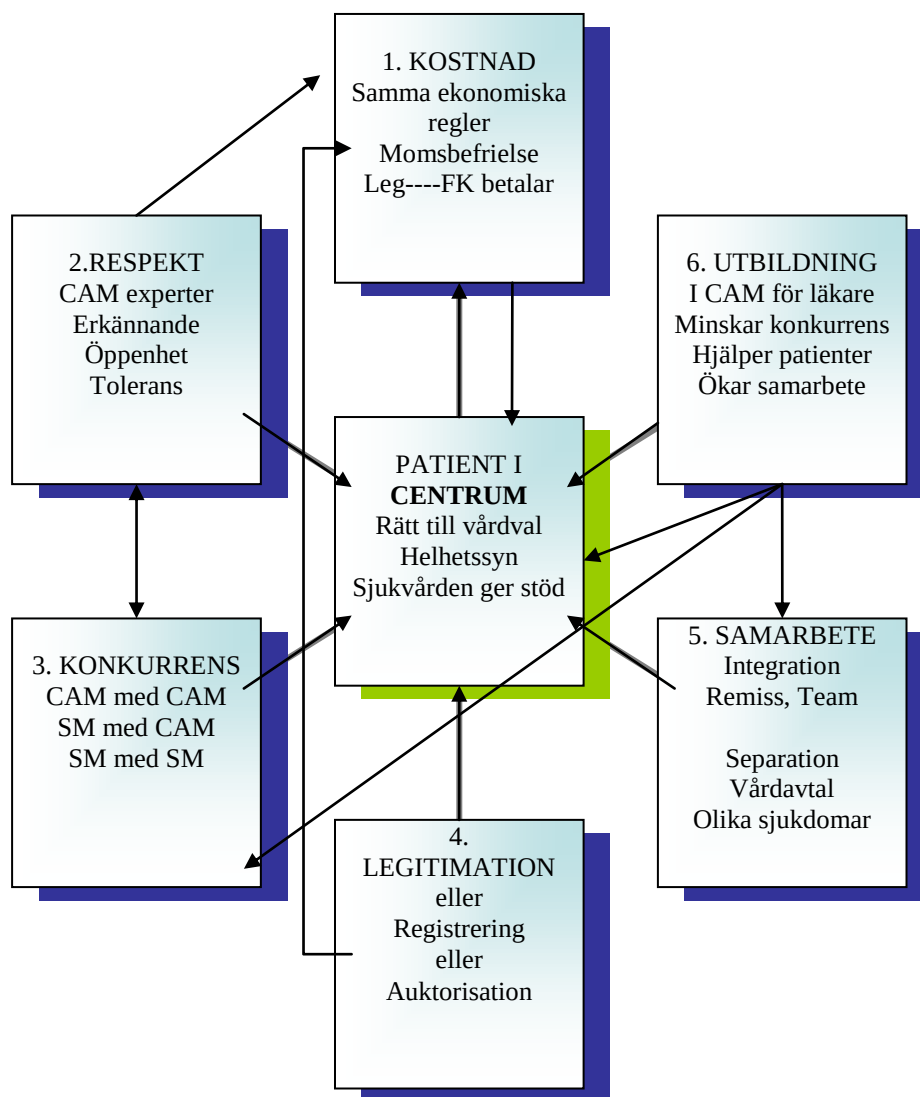
Vi ska inte närma oss varandra.
Förebyggande: SM behandlar diagnoser, CAM behandlar krämpor.

Sjuknärvaro sänker produktivitet, svarar bra på CAM.
Båda behövs, öppenhet, bygga broar.
Vårdavtal.

Kategori 6: Utbildning

Läkare behöver utbildning i CAM för att kunna hjälpa patienter.
Läkare behöver bredare utbildning för att inte se oss som konkurrenser.
Läkare behöver mer kunskap om CAM.

En sammanställning av vad de intervjuade ansåg var viktiga faktorer för bra samarbete visas i Figur 3. Patienten är i mitten för det är den som hela diskussionen kretsar omkring. Patienten ska ha möjlighet att välja mellan CAM och skolmedicin. Sjukvården ska tillämpa en helhetssyn för att hjälpa patienterna bli friska och ge dem stöd i deras val. Runt om finns alla faktorer som påverkar patienten. Det är samma kategorier som beskrevs ovan. Siffrorna visar hur stor betydelse de olika kategorierna hade för terapeuterna.



Figur 3. Översikt av nyckelfaktorer som kan förbättra samarbetet hos olika aktörer som arbetar med patienter enligt intervjuade CAM terapeuter.

1. Kostnaden för CAM behandling som ansågs ha största påverkan för patientens möjligheter. CAM och den offentliga sjukvården skulle drivas under samma ekonomiska villkor. Det betyder att CAM terapier skulle bli momsbefriade precis som annan sjukvård. Legitimering är viktig om det behövs för att Försäkringskassan ska betala CAM vård.
2. Respekt. CAM terapeuter vill bli erkända som experter i sina yrken och bli bemötta med öppenhet och tolerans. Legitimerad personal ska inte gå kortkurser och sedan tro att de kan CAM terapier.
3. Konkurrensen påverkas mycket av respekt och är den tredje faktorn som måste beaktas. Här finns inte bara konkurrens mellan CAM och skolmedicin, utan även mellan olika CAM former och mellan olika aktörer i det skolmedicinska området.
4. Legitimation. Frågan ställdes om inte registrering eller auktorisation skulle räcka för att kunna försäkra patienten att terapeuten har en bra utbildning och för att tillåta att Försäkringskassan betalar en del av kostnaden.
5. Samarbetet ifrågasattes av bara en terapeut, men samsarbetsformen var de inte överens om. Flera föredrog en separation men med ett vårdavtal. Ett sådant avtal kunde förbättra kontakten med den offentliga sjukvården utan integration av CAM inom sjukvården.
6. Sist tog några terapeuter upp utbildningen, som ansågs påverka nästan alla andra faktorer. Bättre utbildning i CAM för skolmedicinska utövare skulle minska konkurrensen, underlätta samarbetet, hjälpa patienten och även påverka läkarens respekt för CAM. Bara en av de intervjuade nämnde att CAM terapeuter kunde behöva bättre utbildning i skolmedicin.

6 DISKUSSION

6.1 RESULTAT OCH METODER

Sjukdom och krämpor nämndes av en terapeut, som tyckte att läkaren kunde ta hand om sjukdomar och CAM terapeuter om krämpor. Detta tar oss tillbaka till frågan om vad sjukdom är. Sjukdomsbegreppet har en dubbel innebörd. Det är att vara sjuk "disease" och att känna sig sjuk "illness". Mycket av den moderna ohälsan är av "illness" typen vilket ger en splittring mellan läkarens och befolkningens sjukdomsbegrepp. En av anledningarna till att människor söker alternativ vård är att de känner sig dåliga men läkaren hittar inga fel (Nilsson 2001). Vem har rätt, en medelålders sliten kvinna som känner sig sjuk med muskelsmärter, eller en läkare som inte hittar några fel på henne? I hälsoarbetet vore det till stor nytta att överbrygga denna konflikt (Hjort 2006). Många av de intervjuade terapeuterna ser CAM som en klar lösning på konflikten, men det kan lätt gå åt motsatt håll med en ökad splittring mellan de två paradigmen.

CAM terapeuter insåg att ett stort problem med samarbete är brist på tolerans och acceptans av de olika yrkena. Fischer (1991) säger också att så länge varje yrke låser sig i sin terapiform och försvarar sig mot attack är det inte särskilt troligt att det kan bli en diskussion som kan sluta med en klok förlikning. I denna studie visade det sig att 79.7 % av de intervjuade svenska CAM terapeuterna ville samarbeta med läkare. Detta liknar även resultaten från Ben-Arye's (2007) studie där 77 % av CAM terapeuter och 69 % av läkare var positiva till samarbete. Även i England finns det bevis för att 66 % av läkare är intresserad av CAM (Van Haselen 2004). I Sverige är det mycket svårare för läkare att ta ställning till CAM på grund av lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet (LYHS 1998), som förbinder sjukvårdspersonal att arbeta "enligt vetenskap och beprövad erfarenhet". När det är olagligt att rekommendera eller använda CAM begränsas intresset för att öka kunskap om ämnet och diskussioner fastnar lätt i många frågor liknande de som läkaren Eikard (1997) presenterade (se sidan 10).

Med tanke på de olika villkor som finns för sjukvården i Sverige och i USA var likheterna mellan CAM terapeuternas praktikmönster förvånande stor. Även demografin visade att yrkesutövare var mest kvinnliga och födda i landet där de arbetade, vilket även bekräftas i en studie från Canada (Standish 2002) och en annan studie från USA (Verhoef 2003). En av skillnaderna är att sjukvården är oftast privat i USA och patienter är vana vid att betala för sin sjukförsäkring eller behandling själv. Det kan till och med vara billigare att gå till en CAM terapeut än till en skolmedicinsk läkare. Eftersom naturläkare kan bli legitimerade i 11 delstater ingår de i sjukvårdsutbudet på ett annat sätt än i Sverige, så det blir mer naturligt att patienter söker CAM vård. Detta kan också förklara varför Amerikanska naturläkare har flera patienter och större möjlighet att arbeta i multidisciplinära grupper med läkare.

Svenska terapeuter hade i snitt 24 patienter i veckan. Det var mindre än naturläkare i Washington i USA, som hade 30 patienter i veckan och betydligt mindre än allmänpraktiserande (GP) läkare i USA, som hade 125 (Boon 2004). Svenska allmänpraktiserande läkare på vårdcentraler har omkring 35 patienter i veckan (Nysam 2008). Då är det avräknat ett snitt av sjukdagar, pappa- och mammaledigheter, utbildning och forskning. En inhyrd läkare på en vårdcentral har 100 patienter per vecka men då arbetar han/hon bara med patienter (Ljunghusen 2009). Så en svensk CAM terapeut har inte så mycket färre patienter i veckan än vad en läkare på vårdcentralen har.

Denna studie visade en stor variation i typ av patienter som CAM terapeuter behandlar, men det var ändå huvudsakligen kroniska sjukdomar (98 %). Detta stämmer med annan forskning som visat att patienter som upplever dålig hälsa söker CAM behandling (Eisenberg 1998, Boon 2000, Zollman 1999, Nilsson 2001). Samtidigt angav terapeuterna att de även hade patienter med akuta besvär (56 %) och psykiskt sjuka (18.6 %). Dessutom angav de att många kom för friskvård eller förebyggande behandlingar (71 %).

Att CAM terapeuter ville ha mer respekt från läkare visar att de upplever svårigheter med samarbete som de känner beror på att läkare vill ha makt över hela sjukvårdsreviret och att läkare inte respekterar deras kunskap. De anser att det är läkares domän så om CAM ska ingå i den offentliga sjukvården måste samma regler gälla som inom skolmedicin. Detta är vad Abbott också beskriver i sin professionsteori (Abbott 1988). Det är därför alla ställer krav på att CAM terapier som accepteras ska vara evidensbaserade. Samarbetet mellan de olika CAM professionerna är problematiskt när varje specialitet känner konkurrens från de andra. CAM terapeuter vill bli accepterade som experter genom ökad tolerans och större öppenhet men de flesta förstår att även CAM yrket måste visa respekt för skolmedicin.

Om de olika yrkesgrupperna ska kunna bidra till patientens bästa får ”ingen prata illa om andra professioner”.

Får patienten höra att andra terapeuter som de litar på kritiserats så finns det en stor risk att förhållandet patient – terapeut eller patient – läkare blir rubbat med sämre läkning som resultat. Terapeuterna upplevde att själva förhållandet har en terapeutisk och läkande effekt. Haugtomt (2003) bekräftar att det är viktigt att patienter har ett bra förhållande med sin terapeut och att effekten även kan liknas med placeboeffekten.

Jämfört med de tre förbunden i studien som tillsammans bara har 178 medlemmar är Svenska Läkarförbundet enormt stort. Antalet medlemmar 2009 är totalt 39 700, uppdelat i 29 330 läkare under 65 år, 5 440 läkare över 65 år och 4 930 medicinstuderande. Läkarförbundet har även 28 lokalföreningar, 7 yrkesföreningar, 50 specialitetsföreningar och ett antal intresseföreningar, så det är inte konstigt att de dominerar sjukvården (Svenska läkarförbundet 2009). Även om det finns många fler och större förbund inom CAM branschen, som Kroppsterapeuternas Yrkesförbund med drygt 4 000 medlemmar, kommer de inte i närheten av att kunna konkurrera med läkare (Branschrådet Svensk Massage 2009). Dessutom finns det även terapeuter som inte är med i något förbund men arbetar heltid med patienter. Det finns ingen statistik om hur många patienter som går till CAM terapeuter istället för, eller samtidigt som, de går till läkare. Men denna studie visar att CAM sektorn behandlar många patienter vilket måste ge en vis avlastning för det svenska sjukvårdssystemet.

Trots att det inte fanns en fråga som direkt handlade om varför patienter sökte CAM vård var det flera av de intervjuade som tog upp patienters rätt till att välja den behandlingsform de föredrar. Patient – terapeut förhållandet betonades också som en viktig faktor. I Sverige kan kostnaderna vara en faktor som motverkar patienters val av CAM behandling, eftersom det är billigare att gå till den offentliga sjukvården. I de flesta andra länder utanför Norden är kostnaderna ett argument för att välja CAM eftersom att det brukar vara det billigaste alternativet. I sin granskning av faktorer som bidrar till CAM användning nämner Ernst (2006) utöver kostnaderna, också personlig kontroll och bättre relation med terapeuten. Studier av Boon(2000), Eisenberg(1998) och Zollman(1999) visar vidare att samma sorts människor söker CAM terapeuter i hela västvärlden.

Validiteten och reliabiliteten i denna studie kunde ha förbättrats med en större försöksgrupp och även flera och annorlunda frågor på enkäten. Det visade sig även att en del av frågorna inte gav relevant information. Datainsamlingen var svår eftersom så många av terapeuterna inte svarade på enkäten eller inte kunde kontaktas. Det är svårt att bedöma hur mycket undersökarens egna förutfattade meningar bidrog till bias i studien.

6.2 ETT TEORETISKT FÖRSLAG TILL PRAXIS

Intervjuerna med CAM terapeuter präglades av frustration vad gäller deras möjligheter till kommunikation med den offentliga sjukvården och med sina patienter om läkares behandlingar.

En artikel av Cohen (2004) om ”principled negotiation” visar emellertid hur resultaten kan användas i praktisk handling. Han skriver om läkare, men egentligen befinner sig både CAM terapeuter och läkare i samma dilemma som han nämner. Om en patient berättar att hon/han

vill få en behandling utanför deras kompetens så måste de kunna ta ställning utan att förstöra patient – terapeut förhållandet. Hur ska terapeuten lösa detta?

Enligt Cohen (2004) väljer läkare oftast en av tre möjligheter:

1. Insisterar på att patienten får deras behandling med följd att patienten kan bryta eller vägra en nödvändig behandling med sämre hälsa som följd och att förhållandet blir brutet.
2. Samtycker med patientens krav för en viss terapi för terapeutens kunskap räcker inte till för annat svar än en generell vägran. Följden blir att om patienten får CAM behandling som leder till skada eller död så kan läkaren bli straffad för vårdslöshet. I ett sådant fall går läkaren mot sin tro på evidensbaserad medicin och sin etiska och professionella skyldighet. CAM terapeuter går också mot sin tro på kroppens förmåga att läka sig själv särskilt om de saknar kunskap i skolmedicinska behandlingar och tror att all medicin kan vara skadlig. Får patienten en skolmedicinsk behandling som leder till skada eller död så har CAM terapeuter fördel för de blir inte anklagade, även om de har rekommenderat att patienten får terapin.
3. Vägrar behandla patienten. Om patienten dör så kan läkaren vara skyldig till övergivande. Dessutom kan en vägran att behandla patienten gå emot läkarens förpliktelse att aldrig skada.

För att lösa många av problemen som uppstår i mötet mellan läkare och patient föreslår han istället ”principled negotiation”, vilket är en teori för att hantera konflikter genom att koncentrera på fyra huvudpunkter (Cohen 2004):

1. Skilj på människor och problem.
2. Lagg fokus på intressen, inte åsikter.
3. Sök alternativ som gynnar alla.
4. Insistera på att använda objektiva kriterier

Denna teori för konfliktlösning används i många olika sammanhang, till exempel inom affärslivet (Beson 1987). Teorin kan hjälpa till att diskutera fram lösningar på problemområden som nämndes i intervjuerna. Den betonar kommunikation och empati, att gå i någon annans skor. Det stämmer överens med vad CAM forskare har sagt; att det bara kan gå att upptäcka och lära sig nytt om man vågar släppa tidigare kunskap (Astin 1998b).

Ett av de viktiga områden som måste diskuteras mellan patienter och läkare är vilken roll evidensbaserad medicin ska spela och vilken roll personlig erfarenhet, intuition och förtroende för terapin ska spela i utvärdering av säkerhet och effektivitet. Respekt för varandras sätt att se världen måste finnas om det ska bli någon acceptabel lösning. Den första punkten i teorin vill bygga en förnuftig förhandlingsstrategi där man skiljer på problemet och personer vilket är nödvändigt för effektiv kommunikation. Aktivt lyssnande kommer in här som en väsentlig del av denna teori. Terapeuten kunde då presentera det evidensbaserade perspektivet på ett respektfullt och inte bedömande sätt, samtidigt som hon/han erkänner att det finns begränsningar i tillgänglighet och i pålitlighet av evidensen.

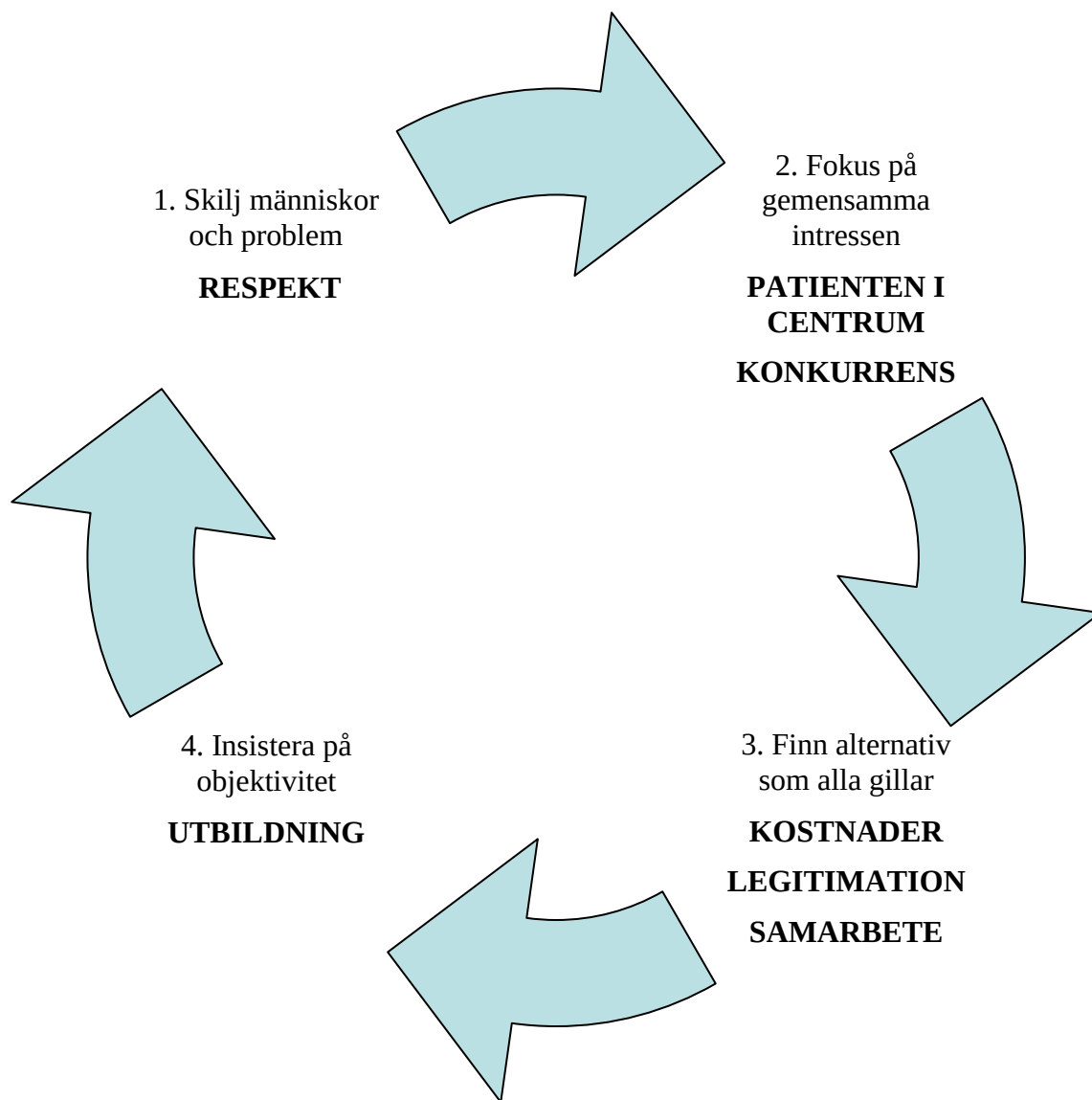
Den andra punkten i ”principled negotiation”, att lägga fokus på intressen, inte åsikter, möjliggör diskussion av gemensamma intressen vilket i det här fallet är att få patienten frisk. Terapeuten råds att undvika en position som förnekar och hotar patientens egen uppfattning om vad som behövs och är lämplig för att återfå hälsa och istället betona deras gemensamma intresse. Olika intressen som kompletterar varandra kan också leda till en överenskommelse.

När målen är gemensamma kan båda parter delta i beslutsprocessen genom en öppen dialog tills de kommer fram till en lösning som respekterar allas åsikter.

Den tredje punkten handlar om att hitta en lösning för ömsesidig vinst. Patienten och terapeuten kan vara överens om att prova CAM under en vis tid samtidigt som skolmedicinska kontroller görs så att skolmedicinsk behandling kan sättas in vid behov. En sådan överenskommelse gör att de blir jämlika deltagare i stället för ideologiska motståndare.

Den sista punkten är att insistera på objektiva kriterier för att lösa konflikter. Även om patienten kanske inte lägger lika mycket värde på evidens som läkaren gör så kan det vara vägledande för diskussionerna mellan de två.

Figur 4 kombinerar information från Figur 3 med teorin om ”principled negotiation”. Teorin ger ett bra ramverk för hur diskussionerna runt CAM och skolmedicin kan drivas på ett sätt som gynnar alla parter. När man skiljer människor från problem så kan ingen känna sig anklagad, utan ömsesidig respekt ingår automatiskt. Det gemensamma intresset ska vara att sätta patienten i centrum och hitta bra lösningar på hälsoproblem. Från detta perspektiv blir konkurrensen omöjlig. Sedan, när alternativ som fungerar för alla har arbetats fram, blir det lättare att hitta en samarbetsform och tackla kostnads- och legitimationsfrågor. Sist, om alla insisterar på objektivitet, behövs bra utbildning så att förståelse om varandras kunskap ökar. Varje steg är beroende av de andra och allas intressen måste beaktas hela tiden för att det ska fungera.



Figur 4: En modell på hur teorin om "principled negotiation" ger ett ramverk för diskussioner om de viktiga punkter som intervjuade terapeuter betonade.

En sådan förhandlingsprocess kan lösa flera aspekter av problemet än enbart integration, där en CAM terapi får ingå i skolmedicinsk behandling när den har blivit vetenskaplig bevisad. Dessa integrationsvillkor tillåter skolmedicin att behålla sin dominerande roll och ger lite större möjlighet för CAM behandlingar, men de löser inga kommunikationsproblem. Patienter som använder CAM terapier som inte är evidensbaserade kommer fortfarande inte att våga berätta det för sin läkare. Bättre kommunikation mellan läkare och patient beträffande CAM är viktigt och påverkas mycket av läkarens kunskap och attityd enligt Shelley (2009), vilket också bekräftar nyttan av "principled negotiation" teorin.

Därmed kunde gränserna mellan de två paradigmen minskas och en dialog mellan olika sorters terapeuter föras med patientens behov i fokus. Ett exempel på hur det kan fungera finns i studien från Karolinska Institutet.

Där man tog fram en modell för integrativmedicinsk behandling som innebar att olika terapeuter arbetade i team. Tillsammans och med hänsyn till patientens vilja och behov kunde de komma fram till den bästa terapikombinationen (Sundberg *et al* 2007).

6.3 SAMARBETE FÖR PATIENTENS BÄSTA

Begreppet ”Patienten i centrum” som den viktigaste delen av CAM terapeuternas förslag på bra sjukvård finns även inom den offentliga vården, vilket bland annat behandlats i tidningen Drivkraft (Strand 2004). Det fanns ett helt nummer om konsten att samarbeta över gränser år 2004 som beskrev olika framgångsrika samarbetsprojekt. Samarbetet skedde inte med några CAM terapier, men begreppen är de samma. I tidningens inledning skriver redaktionen:

”Att mötas över gränser för professioner, verksamheter och huvudmannaskap är början till bra samarbete för patientens bästa. Men att reflektera och utbyta erfarenheter om händelser i vardagen – patientmöten, dilemman och problem – förutsätter att alla inblandande får den tid som krävs. Och att alla har något att vinna.

Det förutsätter också förankring och stöd av både chefer och medarbetare och att alla är öppna för att hitta ut ur låsta beteenden och tankar. Att sluta tänka i rätt eller fel, svart eller vitt. Att våga prova nytt. Att alla behövs för att skapa en god och säker vård för patienten måste vara en gemensam drivkraft. Och kanske viktigast av allt – det måste finnas en vilja till samarbete” (Strand 2004).

6.4 ”UTMÄRKTA TERAPEUTER”

Denna studie visar att terapeuter båda inom skolmedicin och CAM vill att patienter ska få träffa ”utmärkta terapeuter” som bryr sig om dem och hjälper dem att bli friska. Men hur skall sjukvården kunna garantera att vårdgivaren har en kollektiv värdering för personlig förträfflighet? Hur får en läkare, en sjuksköterska, annan hälsovårdspersonal eller CAM terapeut personlig excellens? Seligman (2002) säger att personer måste ha ett distinkt kall för sitt jobb. När en människa följer sitt kall och kan använda sina speciella styrkor och förmågor för att tjäna någonting som är större än hon själv blir livet mer meningsfullt. Som sjukvårdsutövare måste du vara medveten om dina styrkor och begåvningar, de som fyller dig med vitalitet när du använder dem och organiserar arbetet så du kan använda dem när du hjälper patienter. När du inte får använda dina styrkor så blir det bara arbete som är uttömmande. Då kan du inte ge vård av hög kvalitet (Seligman 2002). Frågan är om det finns utrymme inom den nuvarande sjukvårdorganisationen i Sverige för sjukvårdspersonal att arbeta på det sättet som Seligman beskriver.

Vid ökat samarbete kunde alla komplettera varandra så alla terapeuter kunde få större möjligheten att arbeta efter sina styrkor och begåvningar. Brophy (2006) säger att sjukvårdssystem som strävar efter utmärkta yrkesutövare måste erkänna att de olika professionerna bara är roller och under varje roll finns en människa.

Det är människan, läkaren, sköterskan eller CAM terapeuten som ska praktisera medicin och behandla hela patienten, inte bara patientens kropp. Då utövas ett kall och inte bara ett jobb och terapeuten blir automatisk förträfflig (Brophy 2006). Makt, status och revir förlorar sin betydelse.

Seligmans (2002) och Brophys (2006) synpunkter är motsatsen till den tidigare nämnda professionsteorins fixering på konkurrens mellan olika professioner (Abbott 1988). Resultaten från denna studie visar att många CAM terapeuter tänker på ett liknande sätt. De har sitt yrke som ett kall och vill kunna arbeta på sitt sätt för att kunna hjälpa patienter i enighet med vad deras erfarenhet och kunskap har visat vara framgångsrik. Om legitimation gör det omöjlig

för dem att utöva sitt yrke på ett meningsfullt sätt vill de hellre fortsätta att arbeta utanför den offentliga sjukvården.

6.5 FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING

Forskning som ökar evidens för verksamhet och säkerhet av CAM terapier måste fortsätta som en del av arbetet att hitta CAMs plats i samhället. Studier om befintligt samarbete mellan CAM och den offentliga vården behövs också. En kartläggning av alla CAM terapeuter vore bra att göra för att kunna bedöma vilken tänkbar effekt de har på folkhälsan. Malterud(1998) beskriver vikten av triangulering i medicinsk forskning. Även i studier om CAM behövs fler studier som undersöker ämnet från flera synvinklar. Intervjuer av fler yrkeskategorier med olika relationer till problemet både inom den offentliga sjukvården och inom CAM yrken, så kallad källtriangulering, skulle säkert också ge värdefull kunskap. Även studier med observatörstriangulering där olika forskare som har olika yrkesperspektiv deltog i datainsamlingen, skulle utöka informationen och säkra validiteten.

Denna studiens generaliserbarhet är begränsad på grund av storleken. Det behövs flera studier som undersöker flera stora grupper av CAM terapeuter.

7 SLUTSATSER

Genom att ge ny kunskap om hur några CAM terapeuter idag arbetar i Sverige och vad de tänker om samarbete med den offentliga sjukvården fyllde studien sitt syfte. Forskningsfrågan om utbildning kunde besvaras genom att ta reda på yrkesförbundens inträdeskrav.

Terapeuterna i studien hade utbildningar som varierade, men alla hade minst 20 poäng basmedicin och utbildning i minst en CAM specialitet. Kunskap om CAM terapeuters patientbelastning, arbetstid, arbetsmiljö och nuvarande samarbete med skolmedicinska professioner ökades. Även frågan om terapeuternas önskemål om samarbete anses ha blivit väl besvarad.

Litteraturen som söktes för att ytterligare belysa forskningsfrågorna gav en inblick i antal problem som gör samarbete till en utmaning. Att terapeuter både inom skolmedicinen och CAM var överens om att en lösning behövs som kan ge den bästa vården för patienter, underlätta möjligheterna och lösa utmaningarna. Denna information kan leda till i utveckling av en framgångsrik strategi för en hälsovård som omfattar olika utövare av läkekonsten. Samarbete kan vara möjligt när alla parter är enade om att deras mål är patientens hälsa. Det visar båda tidigare litteratur och denna studie men det har också visat en stor mängd problem som måste lösas på vägen.

OMNÄMNANDE

Ett särskild tack vill jag ge till min handledare Runo Axelsson för sitt tålamod och sin hjälp med den förlorade röda tråden som gömdes i mitt ambitiösa försök att få med för mycket information. Jag vill även tacka Susanne Tidblom-Kjellberger och Pia Jonsson, bibliotekarierna på NHV, som hjälpte mig hitta alla referenser jag sökte och även gav värdefull hjälp med refworks och andra datatekniska problem. Och till sist vill jag tacka

Tobias Sundberg för hjälp och inspiration med att komma fram till ett hanterbart ämne för uppsatsen.

BILAGA 1

ENKÄT FÖR TERAPEUTER

PRAKTIKMÖNSTER OCH ARBETSVILLKOR.

Terapeutens ID nummer _____

PRAKTIK MÖNSTER

1. Hur många patienter har du i snitt per dag?
 - 1 (01)___ Mindre än 10
 - 1 (02)___ Mellan 10 och 20
 - 1 (03)___ Mer än 20
2. Hur många av dina patienter tror du har varit till leg. läkare innan de kom till dig?
 - 2 (01)___ 0-20 %
 - 2 (02)___ 20-40 %
 - 2 (03)___ 41-60 %
 - 2 (04)___ 61-80 %
 - 2 (05)___ 81-100 %
 - 2 (06)___ vet ej
3. Vilka typer av patienter har du? Det går att välja mer än ett alternativ.
 - 3 (01)___ Akut sjuka
 - 3 (02)___ kronisk sjuka
 - 3 (03)___ psykisk sjuka
 - 3 (04)___ friskvård
89. Vilka behandlingsmetoder arbetar du med? _____
4. Hur många timmar jobbar du direkt med patienter under en genomsnitts vecka?
_____ timmar/vecka.
5. Hur många veckor per år arbetar du med alternativ medicin? _____ veckor/år.
6. Ungefär hur många patienter besök har du på följande ställen per vecka?
 - 6 (01)___ Praktik utanför hemmet
 - 6 (02)___ Praktik i hemmet
 - 6 (03)___ Klinik med utbildning av terapeuter
 - 6 (04)___ Hemma hos patienten
 - 6 (05)___ Annat ställe _____

SAMVERKAN MED SJUKVÅRDEN

7. Skulle du vilja samarbeta mer med den offentliga sjukvården?
 - 7 (01)___ Ja
 - 7 (02)___ Nej
- 7.1 Skulle du vilja bli legitimerad?
 - 7.1(01)___ Ja
 - 7.1 (2)___ Nej
 - 7.1 (3)___ vet inte
8. Vilket beskriver din huvudsakliga arbetsmiljö?
 - 8 (01)___ Ensam i praktiken
 - 8 (02)___ Grupp med andra alternativa terapeuter

- 8 (03)___ Grupp med legitimerade terapeuter
8 (04)___ Grupp med frisk eller skönhets vård
9. Vilken procent av dina patienter får stöd av försäkringskassan för dina behandlingar?
9 (01)___ingen
9 (02)___1%-25%
9 (03)___26%-50%
9 (04)___51%-75%
9 (05)___76%-100%
9 (06)___Vet ej
10. Har du en läkare som du samarbetar med?
10 (01)___ Ja
10 (02)___ Nej
11. Har du samarbete med annan legitimerad sjukvårds personal?
11 (01)___Ja
11 (02)___Nej
90. Om ja, vilken typ av personal? Sjukgymnast, sjuksköterska osv.?
-

12. Vilken vård modell tycker du vore bäst för dig och dina patienter i framtiden?
12 (01)___Alternativ medicin inom den offentliga sjukvården.
12 (02)___Alternativ och skolmedicin separat som i den nuvarande sjukvården.
12 (03)___Vårdavtal med alternativa terapeuter som utökad behandlingsmöjlighet.

DEMOGRAFISK INFORMATION

13. Ålder _____
14. Kön
14 (01)___Man
14 (02)___Kvinna
15. I Vilket land är du född? _____
16. Hur många år har du arbetat med Komplementär och alternativ medicin? _____

TELEFON INTERVJU FRÅGA

Vilka är dina egna tankar beträffande samarbete mellan komplementär och alternativ medicin och skolmedicin?

Bilaga 2

Antagningskrav för Svenska Naturläkarförbundet

A. För medlemskap som naturläkare i Svenska Naturläkarförbundet gäller:

- basmedicinsk utbildning enligt KAM's norm om minst 40 högskolepoäng eller motsvarande
- utbildning i naturmedicinska terapier motsvarande 85 poäng*
- utbildning i diagnostik motsvarande 10 poäng*
- utbildning i undersökningsmetodik 5 poäng*
- yrkeserfarenhet heltid motsvarande 8 månader (20 poäng)
- giltig ansvarsförsäkring

B. För medlemskap som naturterapeut i Svenska Naturläkarförbundet gäller:

- basmedicinsk utbildning enligt KAM's norm om minst 20 högskolepoäng eller motsvarande
- utbildning i naturmedicinska terapier motsvarande 35 poäng*
- utbildning i diagnostik motsvarande 5 poäng*
- utbildning i undersökningsmetodik 5 poäng*
- yrkeserfarenhet heltid motsvarande ca 3 månader (5 poäng) eller deltid i 6 månader.
- giltig ansvarsförsäkring SNS har 77 medlemmar (SNLF).

Högre basmedicinsk utbildning 40 poäng	Terapiutbildning 85 poäng	Diagnostik 10 poäng	Undersökningsmetodik 5 poäng	Praktik 20 poäng
OBS. 1 Poäng (p) = 1 veckas heltidsstudier och motsvarar ca: 1 högskolepoäng.				
Terapiutbildning 85 p (minst 3 terapier: minst 1 oral, 1 manuell)	Diagnostik 10 p (minst 2 metoder)	Undersökningsmetodik 5 p		
<u>Terapier orala</u> Homeopati (20-50p) Biopati (50p) Fytoterapi (5-50p) Homiatriker (80p) Schüssler (5p) Immunbiologi (5p) Näringsterapi, Kosttillskott (5-40p) Kost-diet (5-40p) <u>Terapier manuella</u> Akupunktur (50p), Helhetsterapeut (40p) Naturterapeut (40p) Kiropraktik (50p) Naprapati (50p) Osteopati (50p) Akupressur (20-40p), Shiatsu (10-20p) Bindvävsmassage (5-20p), Fotzonterapi (5-40p) Kinesiologi (5-40p) Lymfdränagemassage (5-20p) Massage (10-40p) Kraniosakral (5-40p) Öronakupunktur (5p), Su Jok (10-40p) Aromaterapi (5-20p) Annan naturmedicinsk terapi (10-20p) Obs: Minst 40 p skall vara oral terapi och 20 p manuell terapi	<u>Reflexzondiagnostik</u> Fotzondiagnostik Segmentdiagnostik Bindvävsdiagnostik Ögoniagnostik Öroniagnostik Kinesiologi Pulsdiagnostik EAV/Mätapparater <u>Humoraldiagnostik</u> Blod Hud Urin Visuell <u>Annan naturmedicinsk diagnos-</u> <u>Metod, tex.</u> Näringsanalyser, Funktionsanalyser Obs: Minst en av diagnosmetoderna skall vara ur gruppen reflexzon-diagnostik	<u>Klinisk propedeutik</u> <u>Allmänna undersöknings-</u> <u>Metoder</u> Anamnes Palpation Perkussion Inspektion Blodtryckstagnation Reflexer Auskultation lungor och hjärta Labbanalyser		

Naturterapeut i Svenska Naturläkarförbundet(75p)

Basmedicinsk utbildning 20 poäng	Terapiutbildning 35 poäng	Diagnostik 5 poäng	Undersökningsmetodik 5 poäng	Praktik 10 poäng
OBS. 1 poäng (p) = 1 veckas heltidsstudie och motsvarar 1 högskolepoäng				
Terapiutbildning 35 p (minst 2 terapier: 1 oral, 1 manuell)	Diagnostik 5 p (minst 2 metoder)	Undersökningsmetodik 5 p		
<u>Terapier orala</u> Homeopati (5-50p) Biopati (50p) Fytoterapi (5-50p) Homiatriker (80p) Schüssler (5p) Immunbiologi (5p) Näringsterapi, kosttillskott (5-40p) Kost-diet (5-40p) <u>Terapier manuella</u> Akupunktur (50p) Helhetsterapeut (40p) Akupressur (10-40p) Naturterapeut (40p) Aromaterapi (5-20p) Bindvävsmassage (5-20p) Shiatsu (10-20p) Fotzonterapi (5-40p) Kinesiologi (5-50p) Lymfdränagemassage (10-20p) Kiropraktik (50p) Naprapati (50p) Osteopati (50p) Su Jok (10-40p) Massage (5-40p) Kraniosakral (10-40p) Öronakupunktur (5p) Annan naturmedicinsk terapi (5-20p) Obs Minst 25 p oral och 10 p manuell	<u>Reflexzondiagnostik</u> Fotzondiagnostik Segmentdiagnostik Bindvävsdiagnostik Ögoniagnostik Öroniagnostik Kinesiologi Pulsdiagnostik EAV/Mätapparater <u>Humoraldiagnostik</u> Blod Hud Urin Visuell <u>Annan naturmedicinsk diagnostisk metod tex.</u> Näringsanalyser Funktionsanalyser	<u>Allmänna undersöknings-</u> <u>Metoder</u> Anamnes Palpation Perkussion Inspektion Blodtryckstagnation Reflexer Auskultation, lungor och hjärta Labbanalyser		

Utbildning i naturläkekonst består av lägst motsvarande:

Studier	Timmar
Lärlarleda	1200
Självstudier	3000
Deltid klinikpraktik	600 (under 6-12 månader)
Totalt motsvarande	Minst 4800 (i teori och praktiktimmer)

*) OBS! 1 Point (p) = 1 week of full time studies = 1,5 ECTS

Utbildningen i naturläkekonst består av:

1. Utbildning i naturmedicinska terapier motsvarande 85 poäng med totalt minst 3 terapiutbildningar: minst 1 oral terapi och 1 manuell terapi varav minst 1 primärterapi och minst 1 sekundärterapi
2. Utbildning i diagnostik motsvarande 10 poäng
3. Utbildning i undersökningsmetodik motsvarande 5 poäng
4. Yrkeserfarenhet heltid motsvarande 6 månader eller deltid i 12 månader, motsvarande minst 800 timmar och värda 20 poäng

Bilaga 3. Poängsättning av utbildningar

Riktlinjer för poängsättning inom naturmedicinsk kombinationsterapi, poäng i terapi motsvarande högskolepoäng

Vad utgör poäng för utbildning och vidare utbildning?

- 1) Klasstimmar som motsvarar poäng inklusive hemuppgifter, praktik och godkänd prov.
 - a) Helgkurser (10-25 timmar) med godkänt prov (betyg) motsvarar 1-2 poäng.
 - b) Helgkurser, konferenser, seminarier (10-25 timmar) utan prov motsvarar hälften av ovanstående ($\frac{1}{2}$ -1 poäng).
 - c) 2,5 poäng = 2 helger av kurs med betyg eller 4 helger med intyg.
 - d) 5 poäng = 4 helger av kurs (> 40 timmar) med betyg eller 8 helger (>80 timmar) med intyg.
 - e) 10 poäng = 8 helger av kurs (> 80 timmar) med betyg eller 16 helger (>160 timmar) med intyg.
 - f) 20 poäng = 15 helger av kurs eller utbildning innefattande minst 150 lärlarleda timmar med betyg eller minst 300 timmar vid kurser/utbildning med intyg. Max 20 poäng kan skaffas med intyg timmar.
 - g) 40 poäng = Utbildning innehållande minst 300 timmar av lärlarleda timmar med betyg. 40 poäng motsvarar ett års heltidsstudier inkl undervisningstimmar, hemuppgifter och praktik och motsvarar 40 veckor.
- 2) Distanskurser, kassett kurser, video kurser, CD-kurser, Internet-kurser. Bedöms individuellt beroende på litteraturlista, hemstudier, hemuppgifter, prov, utgivare (t.ex. högskola, universitet, mm).
- 3) Poäng delas ut vid forskningsprojekt, att författa uppsats, bok. Detta bedöms individuellt tills vidare.
- 4) Poäng vid avläggande av teoretiskt/praktisk prov inom medicin och naturmedicin efter självstudier och praktik. Detta bedöms individuellt och kan handla om 1-10 poäng.

Minst 1 års heltidspraktik (2 år deltidspunkt) krävs för att 40 poäng av teoretiska studier ska gälla.

Farfarsregel: Efter studie- och praktiktid: Yrkesverksamhet: Motsvarande 1 år av heltidspraktik ger motsvarande 10 poäng. Max 60 poäng räknas för praktiktid.

Fördelning av tid inom en utbildning: grundmedicin 25-50%, terapi 25-40%, diagnostik 10-25%, praktik 10-25%

Poängbedömning för komplementär- och alternativmedicinska utbildningsämnen/yrken

Orala terapier:

1. 20 poäng motsvarar minst 150 lärlarleda klasstimmar inkl betyg och praktik kommer därutöver.
2. 40 poäng minst 300 lärlarleda klasstimmar inkl betyg och praktik kommer därutöver.
3. 80 poäng minst 600 lärlarleda klasstimmar inkl betyg och praktik kommer därutöver.

Bilaga 3

Utbildning för näringsmedicinska terapeutförbundet

Nordiska Närings- och Fytoterapi Skolan NNFS

Box 34,191 21 Sollentuna Tfn: 08-96 73 50 Fax 08-96 20 60

www.nnfs.se

Skolan finns i Enebyberg.

Utbildningen motsvarar 360 timmar/ca 40 poäng (2 års deltidstudier) och leder till Diplomerad Näringsterapeut. Basmedicin ingår ej.

Centre for Nutrition Education CNE

Suite 1 Dudley House, High Street, Bracknell, RG12 1LL England Tfn: +44 1344 36 00 33 Fax: +44 1344 36 00 33 e-post: enquiries@ns3.co.uk hemsida: www.ns3.co.uk

Utbildningen ger 120 poäng (3 års studier) 40 poäng (1 års studier). Studierna kan genomföras delvis på distans. Din nuvarande utbildning utvärderas och vidareutbildning till BSc rekommenderas. Utbildningen görs i samarbete med Middlesex University och leder till Bachelor of Science, BSc (hons). Denna utbildning uppnår inte KAM:s basmedicinska krav och det rekommenderas främst som vidareutbildning till Certifierad Näringsmedicinare.

Westminster University

Utbildningen ger 120 poäng (3 års studier) 40 poäng (1 års studier). Studierna kan inte utföras på distans. Din nuvarande utbildning utvärderas och vidareutbildning till BSc rekommenderas. Utbildningen leder till Bachelor of Science, BSc (hons). Denna utbildning uppnår inte KAM:s basmedicinska krav och det rekommenderas främst som vidareutbildning till Certifierad Näringsmedicinare.

Basmedicinsk utbildning

AB Arcanum utbildning & facklitteratur Box 5045,402 21 Göteborg Besöksadress: Arvid Hedvalls Backe 4 Telefon: 031-15 78 00 Fax: 031-15 78 10 E-post: info@arcanum-utbildning.se Hemsida: www.arcanum-utbildning.se Kursort: Göteborg Poäng: 60	Homeopatiforum Utbildning Värmlandsgatan 19, 413 27 Göteborg Telefon: 031-850 142 Fax: 031-850 139 E-post: info@homeopatiforum.com Hemsida: www.homeopatforum.com Kursort: Stockholm, Göteborg, Helsingfors Poäng: 60 p. From hösten 2005 kompletterings kurs för de so
--	--

	har 20 poäng.
Axelssons Gymnastiska Institut Box 6475, 113 82 Stockholm Besöksadress: Gästrikegatan 10-12 Telefon: 08-54 54 59 00 Fax: 08-34 11 52 E-post: info@axelssons.se Hemsida: www.axelssons.se Kursort: Stockholm, Göteborg, Malmö Poäng: 30 p eller 60 p	Naturmedicinska Fackskolan AB Sågstuvvägen 4-8, 147 60 Uttran Telefon: 08-605 21 20 Fax: 08-605 93 40 E-post: kansli@nmf.se Hemsida: www.nmf.se Kursort: Uttrands sjukhus, Tumba Poäng: 30 p eller 60 p
BiopatiAkademin för Alternativmedicin Box 5778, 312 05 Skottorp Telefon: 0430-291 50 E-post: bowenterapi@telia.com Hemsida: www.biopatiakademin.se Hemsida: www.bowenterapi.se Kursort: Göteborg Poäng: 30 p eller 60 p	Thalamus Ripvägen 7, 756 53 Uppsala Telefon: 018-32 02 87 Fax: 018-55 11 20 E-post: Jan.Westman@medcellbiologi.uu.se Kursort: Uppsala Poäng: 70 p
Högskolan Kristianstad. Distanstutbildning Har skrivit avtal med KAM, dvs de följer KAM's mål-beskrivning av basmedicinutbildning. Studielångrundande. www.hkr.se www.netuniversity.se Sök på ordet basmedicin	Basmedicinska Akademin MariaGårdens Hälsocenter, Slåtterväg 7, 18246 Enebyberg Telefon: 08-753 17 50, 08-96 73 50 Hemsida: www.naringscenter.se Kursort: Enebyberg, Stockholm Poäng: 60 p, 5 terminer, 5 helger per termin.

Källa: www.nmtf.se

REFERENSER

Abbott, A. 1988, "The System of Professions. An essay on the division of expert labour", University of Chicago Press, Chicago.

Adams, J. 2000, "General practitioners, complementary therapies and evidence-based medicine: the defence of clinical autonomy", *Complementary therapies in medicine*, vol. 8, no. 4, pp. 248-252.

Åhgren, B. 2007, *Creating Integrated Healthcare*, NHV publication.

Astin, J.A., Marie, A., Pelletier, K.R., Hansen, E. & Haskell, W.L. 1998b, "A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians", *Archives of Internal Medicine*, vol. 158, no. 21, pp. 2303-2310.

Astin, J.A. 1998a, "Why patients use alternative medicine: results of a national study", *JAMA : Journal of the American Medical Association*, vol. 279, no. 19, pp. 1548-1553.

Ben-Arye, E. & Frenkel, M. 2008, "Referring to complementary and alternative medicine--a possible tool for implementation", *Complementary therapies in medicine*, vol. 16, no. 6, pp. 325-330.

Ben-Arye, E., Scharf, M. & Frenkel, M. 2007, "How should complementary practitioners and physicians communicate? A cross-sectional study from Israel", *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, vol. 20, no. 6, pp. 565-571.

Beson, D. 1987, "The Art of Principled Negotiation", *Real Estate Business*, , pp. 22-24.

Boon, H., Stewart, M., Kennard, M.A., Gray, R., Sawka, C., Brown, J.B., McWilliam, C., Gavin, A., Baron, R.A., Aaron, D. & Haines-Kamka, T. 2000, "Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions", *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, vol. 18, no. 13, pp. 2515-2521.

Boon, H.S., Cherkin, D.C., Erro, J., Sherman, K.J., Milliman, B., Booker, J., Cramer, E.H., Smith, M.J., Deyo, R.A. & Eisenberg, D.M. 2004, "Practice patterns of naturopathic physicians: results from a random survey of licensed practitioners in two US States", *BMC complementary and alternative medicine*, vol. 4, pp. 14.

Branschrådet Svensk Massage 2009,
<http://www.svenskmassage.se/sve/branschradet/medlemmar.php> 2009, 05/04.

Brophy, S. 2006, "Personal excellence" as a value for health professionals: a patient's perspective", *International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, vol. 19, no. 4-5, pp. 373-383.

Cherkin, D.C., Deyo, R.A., Sherman, K.J., Hart, L.G., Street, J.H., Hrbek, A., Davis, R.B., Cramer, E., Milliman, B., Booker, J., Mootz, R., Barassi, J., Kahn, J.R., Kaptchuk, T.J. & Eisenberg, D.M. 2002, "Characteristics of visits to licensed acupuncturists, chiropractors,

massage therapists, and naturopathic physicians", *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*, vol. 15, no. 6, pp. 463-472.

Cohen, M.H. 2004a, "Negotiating Integrative Medicine: A Framework for Provider-Patient Conversations", *Negotiation Journal*, vol. 20, no. 3, pp. 409-433.

Cohen, M.M. 2004b, "CAM practitioners and "regular" doctors: is integration possible?", *The Medical journal of Australia*, vol. 180, no. 12, pp. 645-646.

Coulter, I.D. & Willis, E.M. 2004, "The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective", *Med J Aust*, vol. 180, no. 11, pp. 587-589.

Eikard, B. 1997, *Studies in Alternative Therapy 4/edited by Olesen SG*, Odense Univ. Press.Odense, Denmark.

Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. & Kessler, R.C. 1998, "Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey", *JAMA : the journal of the American Medical Association*, vol. 280, no. 18, pp. 1569-1575.

Eisenberg, D.M., Kessler, R.C., Foster, C., Norlock, F.E., Calkins, D.R. & Delbanco, T.L. 1993, "Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use", *The New England journal of medicine*, vol. 328, no. 4, pp. 246-252.

Eklöf, M. 2001, "Den Komplementära Medicinens utbredning och tillämpning inom landets landsting.", *Örebro universitet och Landstingsförbundet*.

Erichsen, V. 1996, "Profesjonsmakt. På sporet av en Norsk helsepolitisk tradisjon", *Otta: Tano Aschehoug*.

Ernst, E., Pittler, M.H. & Wider, B. 2006, *The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine: An Evidence-Based Approach*, Mosby.

Fisher, R. 1991, *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*, rev edn, Penguin Paperbacks.

Fosse, E. 2007, *Interprofessionell och intersektorell samverkan i hälsofrämjande arbete. "Folkhälsan i Samverkan"*, Ed. Axelsson, R.1st edn, Student Litteratur, Poland.

Freidson, E. 1970, *Profession of Medicine, A study of the Sociology of Applied Knowledge*. Harper and Row, New York, New York.

Fugh-Berman, A. & Ernst, E. 2001, "Herb-drug interactions: review and assessment of report reliability", *British journal of clinical pharmacology*, vol. 52, no. 5, pp. 587-595.

Gerstman, B. 2008, *Basic Biostatistics: Statistics for Public Health Practice*. Jones and Bartlett Publishing INC.

Griffiths, S., Jewell, T. & Donnelly, P. 2005, "Public health in practice: the three domains of public health", *Public health*, vol. 119, no. 10, pp. 907-913.

Hanssen, B., Grimsgaard, S., Launso, L., Fonnebo, V., Falkenberg, T. & Rasmussen, N.K. 2005, "Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries", *Scandinavian journal of primary health care*, vol. 23, no. 1, pp. 57-62.

Haugtomt, S.A. 2003, "Cooperation over the boundaries of professional activities--a condition for good patient care", *Tidsskrift for den Norske laegeforening*, vol. 123, no. 17, pp. 2462-2464.

Hjort, P. 2006, Folkehelsearbeidet, fra fortid till fremtid. NHV föredrag.

Hsiao, A.F., Ryan, G.W., Hays, R.D., Coulter, I.D., Andersen, R.M. & Wenger, N.S. 2006, "Variations in provider conceptions of integrative medicine", *Social science & medicine* (1982), vol. 62, no. 12, pp. 2973-2987.

HSN 2001 "Stockholmare och den komplementära Medicinen, *Hälso och Sjukvårdsnämnden*.

Karolinska Institutet, www.ki.se. 2006 12 05

Kirn, T. 2004, "Integrative Medicine is Gaining Popularity", *Clinical Psych News 3-2004*.

Ljunghusen, O.2009, Svensk läkartjänst, www.lilab.se. 2009 04 10

LYHS 1998, Lag(1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårds området.
<http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19980531-HTML>. 2008 10 12

Malterud,K.1998, Kvalitativa Metoder i Medicinsk Forskning. Student Litteratur, Lund

Michaelsen, K. 2006, "Integrative Medicine: Cooperation or Polarization" Masters Thesis,Linköping University, Sweden.

Mizrachi, N. & Shuval, J.T. 2005, "Between formal and enacted policy: changing the contours of boundaries", *Social science & medicine* (1982), vol. 60, no. 7, pp. 1649-1660.

Naidoo, J.W., Wills, J. (ed) 2000, *Health Promotion Foundations in Practice.*, Second edn, Baillieve Tindall, London.

NIH 2005, , <http://nncam.nih.gov/health/whatiscam/> 2008 05 17

Nilsson, M., Trehn, G. & Asplund, K. 2001, "Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. Multinational Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease", *Journal of internal medicine*, vol. 250, no. 3, pp. 225-233.

NMTF , Närings medicinska terapeut förbundet inträdes krav. <http://www.nmtf.se/> 2009 0201

Nysam , Nyckeltal 2007, Hälso- och sjukvården
http://mk.quicknet.se/220986/upload/bilder/0/null/pv_07_delrapp.pdf. 20090409

- Oneschuk, D. & Bruera, E. 1999, "The potential dangers of complementary therapy use in a patient with cancer", *Journal of palliative care*, vol. 15, pp. 49-52.
- Patton, M.Q. 2002, *Qualitative Research and Evaluation Methods*, third edn, Sage Publications, Newbury Park, California..
- Rees, L. & Weil, A. 2001, "Integrated medicine imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine", *British medical journal*, vol. 322, no. 7279, pp. 119-120.
- Seligman, M.E.P. 2002, "Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology To Realize Your Potential for Lasting Fulfilment", pp. 263. Free Press division of Simon and Schuster, New York.
- Shelley, B.M., Sussman, A.L., Williams, R.L., Segal, A.R., Crabtree, B.F. & Rios Net Clinicians 2009, "'They don't ask me so I don't tell them': patient-clinician communication about traditional, complementary, and alternative medicine", *Annals of family medicine*, vol. 7, no. 2, pp. 139-147.
- Shuval, J.T. & Mizrachi, N. 2004, "Changing boundaries: modes of coexistence of alternative and biomedicine", *Qualitative health research*, vol. 14, no. 5, pp. 675-690.
- SNLF, 2006, Svenska naturläkare förbundet Antagningskrav. <http://www.snlf.se/> 20081117.
- SNS 2008, Svenska naturmedicinska sällskap. <http://www.sns.nu/dokument/omsns.php> 20081117.
- Söderström U. Öberg K. Waldau S. 2003, "Delrapport från arbetet med komplementär/alternativ medicin i Västerbottens Län.", PM.
- Standish, L.J., Greene, K., Greenlee, H., Kim, J.G. & Grosshans, C. 2002, "Complementary and alternative medical treatment of breast cancer: a survey of licensed North American naturopathic physicians", *Altern.Ther.Health Med.*, vol. 8, no. 5, pp. 68-70; 72-5.
- Strand, G. 2004, "Om konsten att samarbeta över gränser", *Drivkraft*, vol. 5058, p.2.
- Sundberg, T., Halpin, J., Warenmark, A. & Falkenberg, T. 2007, "Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care", *BMC health services research*, vol. 7, pp.107.
- Svenska läkarförbundet 2009, <http://www.slff.se/> 2009 05 04.
- Tovey, P., Easthope, G. & Adams, J. 2004, *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine: Studies in Social Context*, Routledge, London.
- Utbildningsguide 2008, "Massage och kroppvårds Utbildningsguide", *Massage och Kroppsvård*, , no. 2, pp. 18-24.
- van Haselen, R.A. 2004, "Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers' perspective", *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 12, no. 1, pp. 6-16.

Verhoef, M., Boon, H. & Smith, M. 2003, "Naturopathic Medicine: Training and Scope of Practice", *Journal of Herbal Pharmacotherapy*, vol. 3, pp. 67.

WHO 1986, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>.
Ottawa Charter for Health Promotion WHO/HPR/HEP/95-1.

Wahner-Roedler, D.L.e.a. 2005, "Development of a complementary and alternative medicine programme at an academic medical centre." *Evid Based Integrative Med*, vol. 2, no. 1, pp. 9-12.

Zollman, C. & Vickers, A. 1999, "ABC of complementary medicine. Users and practitioners of complementary medicine", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 319, no. 7213, pp. 836-838.

