

Behandleres virkningsantagelser og brugeres egen indsats

– når mennesker med kroniske sygdomme møder etablerede og alternative behandlere

Laila Launsø

Mennesker med kroniske sygdomme bruger ofte både etablerede og alternative behandlere. En udfordring for mennesker med kroniske sygdomme er, at etablerede og alternative behandlere ofte arbejder ud fra meget forskellige måder at forstå sygdom og behandling og ud fra forskellige antagelser om, hvad der virker, hvordan behandlingen virker, og i hvilke sammenhænge den virker. Formålet med artiklen er, at pege på at en dialog og et samarbejde mellem brugere, etablerede behandlere og alternative behandlere bl.a. kræver et kendskab til og et fælles arbejde med forskellige virkningsantagelser, forskellige kausalitetsforståelser og forskellige forståelser af og ønsker til behandlingsresultater. Artiklen er bygget op i tre niveauer. Første niveau er tæt på en bruger med migræne og hendes beretning om sit behandlingsforløb. På næste niveau trækker jeg på forskningsresultater fra kvalitative studier om brugeres erfarede virkninger af forskellige alternative behandlinger og opstiller en kategorisering af disse virkninger. På tredje niveau beskriver jeg forskellige virkningsantagelser og bagvedliggende kausalitetsforståelser.

Indledning

Nationale og internationale studier peger på, at alternativ behandling og alternative behandlere i stigende grad bruges af mennesker med kroniske sygdomme (Launsø 1981, 2000, 1996; Hanssen et al. 2005; Rasmussen et al. 1988; Kjølner et al

2002, Eklöf 2001; Fisher & Ward 1994; Eisenberg et al 1993, 1998; Kessler et al 2001; NCCAM 2004; Lønroth & Ekholm 2006, Ekholm & Kjølner 2007; Xue et al. 2007; NIFAB 2007).

Vi finder en stadig stigende opmærksomhed på alternativ behandling i patientforeninger, der har fokus på mennesker med kroniske sygdomme (Launsø & Drageset (red.) 2008; Launsø & Haahr 2007) og hos flere og flere læger, sygeplejersker og fysioterapeuter i Danmark og i en række andre lande (Launsø 1989;1996; 2001; Shuval 2002; Mulkins et al. 2003; Gamst et al. 2005; Mulkins & Verhoef 2005; Hollenberg 2006; Johannessen 2006; Coulter 2007; Gamus & Pintov 2007; Nyborg & Launsø 2008). En repræsentativ undersøgelse gennemført i Norge i 2007 af den norske befolknings brug af alternativ behandling viser, at 29% af befolkningen 'inden for de sidste 12 måneder' har modtaget alternativ behandling udført af sundhedspersonale inden for sundhedsvæsenet (NIFAB 2007).

En udfordring for mennesker med kroniske sygdomme er, at etablerede og alternative behandlere ofte arbejder ud fra meget forskellige måder at forstå sygdom og behandling på og ud fra forskellige antagelser om, hvad der virker, hvordan behandlingen virker, og i hvilke sammenhænge den virker (se f.eks. Rieper et al. 2005). Få kvalitative studier har fokuseret på brugeres og behandleres erfaringer og vurderinger af de virkninger, de opnår i alternative behandlingsforløb (se bl.a. Paterson & Britten 2004; Launsø 2001)¹.

Ud fra den ovenfor refererede forskning kan vi konkludere, at mennesker med kroniske sygdomme i stigende grad bruger alternative behandlere, og at der er en stigende interesse hos etablerede behandlere for at inddrage alternative behandlinger i behandlingsforløb med mennesker med kroniske sygdomme og for at initiere dialog og samarbejde med alternative behandlere. Set i lyset af denne udvikling er formålet med denne artikel at pege på, at en dialog og et samarbejde mellem brugere, etablerede behandlere og alternative behandlere bl.a. kræver et kendskab til og et fælles arbejde med forskellige virkningsantagelser, forskellige kausalitetsforståelser og forskellige forståelser af og ønsker til behandlingsresultater ('outcomes').

I takt med at sygdomsmønstret har ændret sig mod stadig flere kroniske sygdomme – det skønnes, at der i 2020 vil være ca. 2 mio. voksne i Danmark, der har en eller flere kroniske sygdomme (Kjølner et al. 2007) – har mange brugeres brug af behandlinger og behandlere ændret sig. En ændring som bl.a. viser sig i det stigende brug af alternative behandlere både nationalt og internationalt. De alternative behandlere bruges ofte af mennesker med kroniske sygdomme, hvor effekten af den konventionelle behandling ikke har været overbevisende for brugerne,

brugerne har erfaret alvorlige bivirkninger, eller brugerne ønsker at supplere med andre former for virkninger, end de etablerede behandlinger kan give dem. Men hvilke virkninger af alternative behandlinger udført af alternative behandlere erfarer mennesker med kroniske sygdomme, og hvilke virkningsantagelser og bagvedliggende kausalitetsforståelser møder disse mennesker hos etablerede og alternative behandlere?

Ud fra den sparsomme kvalitative forskning, der omhandler brugernes erfarde virkninger af alternative behandlinger, har jeg valgt at bygge denne artikel op i tre niveauer. Første niveau er tæt på en bruger med migræne og hendes beretning om sit behandlingsforløb. Migræne er ofte en kronisk sygdom, og det er en sygdom, som ca. 11 % af voksenbefolkningen i 2005 rapporterede, at de led af (SIF 2008). På næste niveau trækker jeg på forskningsresultater om brugeres erfarde virkninger af forskellige alternative behandlinger og opstiller en kategorisering af disse virkninger. Største delen af brugerne, der indgår i undersøgelserne har kroniske sygdomme, når de henvender sig til de alternative behandlere. De alternative behandlinger omfatter akupunktur, klassisk homøopati, ernæringsterapi, zoneterapi, healing mm. På tredje niveau beskriver jeg forskellige virkningsantagelser og bagvedliggende kausalitetsforståelser illustreret med to figurer.

Bruger-erfaredede behandlingsresultater af alternativ behandling

Sussis beretning – niveau 1

Denne beretning er en af mange eksempler på, hvordan patienter med kroniske sygdomme bliver mødt med forskellige forståelser af sygdom og behandling. Beretningen stammer fra et kvantitativt og kvalitativt studie af mennesker med lægediagnosticeret migræne og hovedpine, som havde valgt zoneterapeutisk behandling. Sussi rapporterede i spørgeskemaer i juli 1994 og i november 1994, at hun var helbredt af den zoneterapeutiske behandling. Speciallægekonsulentens diagnose ved behandlingsstart var migræne. Sussis beretning er en typisk repræsentation af de erfaringer, som brugere, der blev helbredt, berettede om i undersøgelsen.

Den kvantitative del af undersøgelsen viste, at tre måneder efter behandlingsforløbet var afsluttet, rapporterede 16 % af klienterne, at de var blevet helbredt, 65 % at behandlingen havde hjulpet og 19 % havde ikke erfaret nogen ændring i migræne og/eller hovedpine. I alt deltog 220 klienter og 72 zoneterapeuter (Brendstrup & Launsø 1996; Launsø et al.1999).

Beretningen kan læses som et udtryk for, at fokus på behandlingsteknikken (her fysioterapi og lægemidler) i sig selv ikke er tilstrækkelig til at mobilisere en "helbredelsesproces eller raskgørelsesproces", når det drejer sig om et menneske med en kronisk sygdom som migræne.

Sussis beretning

Sussi er 36 år. Hun arbejder som pædagog i en børnehave. Hendes migræne/hovedpine startede i 1988 i mild grad, efter hun havde fået foretaget et keglesnit, men tiltog så siden voldsomt. Operationen udviklede sig til en traumatisk oplevelse for Sussi. Hun havde ved en undersøgelse fået at vide, at der var tale om celleforandringer. Efter operationen fik Sussi besked om, at det hele ikke var fjernet. Da hun kom hjem, havde hun et forløb, hvor hun styrtdølede fire gange. Var inde på hospitalet fire gange og blev ætset og "smidt hjem igen med det samme". Sussi modtog ingen information fra sygehuset og blev bange for, at det var meget alvorligt. Fik fjernet en polyp, som skulle undersøges for kræft. Fik ingen besked herefter. Sussi havde oplevet, at det var svært at få etableret energi til at få spurgt lægerne, hvad det var, og da hun endelig sad over for en læge, fik hun nogle svar på nogle ting, men "føjte sig nærmest som idiot over, jeg ikke selv havde kunnet klare det her". Hun blev tjekket og fik den besked, "at der ikke var mere". I de næste fire år efter dette hændelsesforløb, er migrænen og ubalance i mavesyren blevet værre og værre.

Sussi havde tidligere gået til læge med sin migræne/hovedpine. "Lægen har trykket mig lidt i nakken og sagt, jamen, du er også så anspændt, og så har han sendt mig til fysioterapeut". Sussi fortæller, at hun har været til fysioterapeuten mange gange (har fået mellem 10-15 behandlinger). "Det hjælper lige et øjeblik, og så, når man stopper, hjælper det ikke spor alligevel. Jeg kan ikke lide at fylde min krop med piller, jeg vil hellere have, at man prøver at finde ud af, hvad det er. Der er nok noget med, at der hele tiden var en klokke inde i hovedet på mig, der sagde, at der måtte være en anden mulighed (end piller)". Sussi tog Panodil ca. hver anden uge for at holde toppen af smerten væk. Men til sidst følte Sussi, at hun ikke havde noget som helst liv derhjemme, og hun tænkte, hvad gør jeg så? "Det var en magisk dag, hvor jeg satte mig ned og sagde, nu er det nok, nu vil jeg simpelthen ikke det her mere, og så tog jeg telefonbogen og kikkede efter, hvad der var af zoneterapeuter i området".

Hos zoneterapeuten prøvede de først sammen at pejle sig ind på, hvad der kunne være baggrunden for migrænen/hovedpinen, og Sussi fortalte, hvad hun havde været igennem.

”Jeg havde været hos zoneterapeuten tre gange, og derefter fornemmede jeg, at det vendte på en eller anden måde.... det var ligesom at få løst nogle ting i min krop.... presset sad oppe på min venstre skulder, oppe i nakken og inde bag mit venstre øje. Det var ligesom, det pres var blevet bearbejdet... ligesom et stykke ler, der havde siddet derinde og havde presset hele tiden og så tager man det væk lidt efter lidt – så det ligesom løsner op – og det var det, der skete efter fjerde gang. Følelsen var vel, at jeg blev rensset ud nedefra, og så kom det langsomt opad...”

Sussi reagerede meget voldsomt på behandlingerne med at svede meget, havde meget afføring, urinen lugtede kraftigt, men samtidig havde hun lige efter behandlingen en følelse af at gå på vat, på en sky. ”Da hovedpinen begyndte at forsvinde, tænkte jeg, at nu skulle jeg nok lige tage det med ro, for det kom nok igen lige henne om hjørnet ... det troede jeg faktisk. Da jeg så bare kunne se, hvordan det lettede og blev ved med at gå den vej ... det var jo ligesom at blive født på ny.. jeg havde jo brugt megen af den tid, jeg egentlig skulle være sammen med min familie, på at være dårlig. Så det var ligesom at komme på banen igen. Jeg brugte megen energi på at tænke den situation igennem, som jeg havde været i ved operationen og alt det. Jeg fik ikke snakket med andre mennesker ud over zoneterapeuten. Jeg tror egentlig, at det var mere den bearbejdelse, jeg selv kom igennem, der virkelig rykkede mig”.

Ubalancen i mavesyren forsvandt først rigtig, efter at migrænen/hovedpinen var forsvundet. Sussi lærte at trykke på et bestemt punkt på øret, hvis hun fik oppustet mave. Hun kunne mærke, at det punkt var meget ømt i starten, men efterhånden, som hun fik det bearbejdet, lindredes smerten i det ømme punkt. Desuden har zoneterapeuten hjulpet Sussi af med halsbrand, som hun tidligere havde taget meget medicin for. Sussi mener, at zoneterapien har hjulpet på hendes forkølelser og halsbetændelser, som hun har lidt af fra hun var barn. Det er således længe siden, hun har brugt penicillin.

Sussi har nedtrappet kaffedrikningen meget, men først efter at have fået ca. 5-7 behandlinger. Hun siger, at hendes krop fortæller, hvad der er godt og skidt for hende.

Sussi oplever, at hun i behandlingsforløbet har fået en psykisk energi, som hun har kunnet bruge konstruktivt. Selvom der har været et stort arbejdspress siden nytår og hendes mand har skiftet job med store konsekvenser for familielivet, har hun kunnet tage det for det, det var, og har kunnet få noget konstruktivt ud af det. Hendes mand har støttet hende i behandlingsforløbet og for mindre end en uge siden, fortalte han hende, at hun aldrig før har grinet så meget som nu.

Sussi har fået en anden måde at forstå hovedpinen på, efter at være gået ind i behandlingsforløbet hos zoneterapeuten. Fra at have opfattet hovedpinen, som noget ler, hun ville få ud, til i dag at forstå kroppen som en helhed. Hun fortæller, at hun fremover, hvis hun får nye symptomer, først vil spørge sig selv, hvad der er sket, siden disse symptomer er dukket op.

Sussi troede tidligere, at zoneterapien kun var til migrænen/hovedpinen. Men denne opfattelse har hun revideret efter, at hun har erfaret, at forskellige symptomer kan hænge sammen og zoneterapien kan påvirke hele kroppen.

Sussis opfattelse af hendes migræne/hovedpine bliver i behandlingsforløbet ændret fra en opfattelse af migrænen/hovedpinen som noget 'afgrænset ler', der kan flås ud til at forstå migrænen/hovedpinen som en dynamisk del af hendes krop. Sussi erfarer, at hendes opnåede virkninger af zoneterapeutisk behandling omhandler:

forandring i fysiske symptomer i form af at hendes migræne/hovedpine symptomer forsvinder;

psykiske forandringer i form af at have fået løst nogle ting op i kroppen, bryde en fastlåshed i kroppen, få større psykisk energi, som kan bruges konstruktivt i hendes hverdag;

forandring i hendes forståelse af og viden om hendes migræne/hovedpine og udvikling af en større kropsbevidsthed og herunder en opmærksomhed overfor kroppens 'meddelelser';

opnåelse af sidegevinster i form af at behandlingen formindsker andre symptomer som oppustet mave, forkølelser og halsbetændelser, symptomer som Sussi ikke henvendte sig med til zoneterapeuten og

kortvarige reaktioner på behandlingen i form af at svede meget, få meget afføring og kraftig urinlugt.

For Sussi sker der i det zoneterapeutiske behandlingsforløb, at hun selv aktiveres og definerer sig selv som en væsentlig aktør i opnåelsen af behandlingsresultater og dermed i løsningen af hendes helbredsproblem². Man kan sige, at den zoneterapeutiske intervention medvirker til at 'placere' Sussis migræne i en større kontekst, der handler om Sussis 'levede liv' (Grøn 2005) og en øget selvindsigt i,

hvad der kan skabe og ændre hendes symptomer. Sussis forløb omhandler forandringsprocesser på flere niveauer, der griber ind i hinanden og i Sussis tilfælde forstærker hinanden. Vi har her at gøre med en intervention, hvor Sussi opfatter den zoneterapeutiske behandling, kommunikationen med zoneterapeuten og hendes egen indsats som væsentlige ingredienser.

På tværs af kvalitative studier af bruger-erfarede virkninger af alternative behandlinger – niveau 2

Af skema 1 fremgår en hovedkategorisering af bruger-erfarede virkninger af forskellige former for alternative behandlinger baseret på kvalitative studier (se bl.a. Brendstrup & Launsø 1996; Launsø 1996; Brendstrup 2004a, 2004b; Paterson & Britten 2003; 2004; Mulkins & Verhoef 2004; Launsø et al. 2007; Ostenfeld-Rosenthal 2007)³. Intentionen med denne oversigt er at give et indblik i, hvad brugere med kroniske sygdomme kan opnå ved at søge alternative behandlere og således give en forståelse for, hvorfor mange brugere anvender alternative behandlere. Dermed være ikke sagt, at de virkninger, brugere med kroniske sygdomme får ud af at bruge alternative behandlere, ikke kunne opnås inden for det etablerede behandlingsvæsen, og det er samtidigt også vigtigt at understrege, at ikke alle alternative behandlere er i stand til at skabe de behandlingsresultater, der her beskrives.

Studierne viser, at for mennesker med kroniske sygdomme kan mødet med alternative behandlere ændre deres måde at forstå virkningsmekanismer og behandlingsresultater. I dette møde bliver brugerne konfronteret med, at opnåelse af gunstige behandlingsresultater kan være en tidskrævende proces, specielt hvis de har gået med symptomer i mange år, inden de søger alternative behandlere. Brugere bliver opmærksomme på, at et behandlingsforløb i mange tilfælde indebærer forandringsprocesser i forhold til kropssansning og på det mentale, følelsesmæssige og handlemæssige plan, som samtidig kan være væsentligt for at blive symptomfri eller få mindsket symptomer. Brugere bliver opmærksomme på, at deres symptomer ofte hænger sammen med de livssammenhænge, de lever i og deres livsførelser og erfarer, at de kan få råd af behandleren til at håndtere og mestre uhensigtsmæssig livsførelse. Integration af behandling og rådgivning koblet til en øget kropsbevidsthed og handlekraft kan således påvirke mennesker med kroniske sygdomme gunstigt i deres arbejde med at få et bedre liv med deres sygdom.

1. Behandlingsresultater koblet til kropssansning

- *Forandringer i fysiske symptomer*; smerter, betændelser, forstoppelse, spændinger og træthed formindskes eller forsvinder og immunsystemet mærkes at blive styrket.
 - *Forandringer mentalt og følelsesmæssigt* i form af bl.a. at få løst op for en fastlåshed, få mere energi, bedre søvn, øget livskvalitet, bedre almen tilstand og føle sig 'ivaretaget'. Spirituelle aspekter kan italesættes.
 - *'Sidegevinster'* i form af at andre fysiske symptomer, end dem brugeren henvendte sig med og fortalte behandleren om, formindskes eller forsvinder.
 - *'Kortvarige reaktioner på behandlingen'* i form af ændret kropslugt, sved, øget afføring, ændring i urinlugt, hovedpine, gamle symptomer der dukker op.

2. Behandlingsresultater koblet til reduktion i medicinindtag og reduktion i sygedage og sygefravær.

3. Behandlingsresultater koblet til forandring i opmærksomhed, i forståelse og indsigt i sygdommen og i nye muligheder for forebyggende og sundhedsrelaterede handlinger.

4. Behandlingsresultater koblet til initiering af forebyggende og sundhedsrelaterede handlinger og udvikling af nye kompetencer i arbejdet med behandling, forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til at skulle leve med en kronisk sygdom.

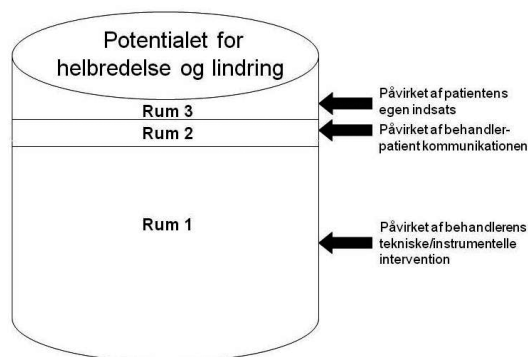
Skema 1. En oversigt over bruger-erfarede virkninger af alternative behandlinger

Dorte Ganniks forskning inden for ryglidelser har understreget det vigtige i at forstå sygdom som interaktion i livssituationer (Gannik 2005). På linie hermed kan opnåelse af behandlingsresultater også forstås i en bredere sammenhæng og ikke nødvendigvis direkte afledt af den givne tekniske/instrumentelle intervention. Følges brugere med kroniske sygdomme over et længere alternativt behandlingsforløb, ser vi, at brugeres mål og intentioner med behandlingen ændrer sig⁴.

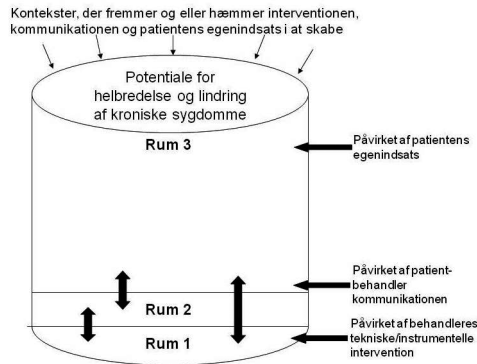
Brugere møder forskellige virkningsantagelser og kausalitetsforståelser – niveau 3

Det centrale i Sussi casen (beskrevet ovenfor) er, at Sussi tillægger både zoneterapien, samtalen med zoneterapeuten og hendes egen indsats betydning for de opnåede behandlingsresultater. Denne brede forståelse af behandlingsbegrebet finder vi ofte i kvalitative studier, der omhandler brugeres erfarede virkninger af alternative behandlere. Mange patienter og læger er imidlertid "opdraget til" at tænke i, at det skal være behandlingsteknikken (interventionen), der skal determinere behandlingsresultatet. Dette genspejles i en stor del af forskningen, hvor der anvendes randomiserede kliniske forsøg inden for sygdomsbehandling (Launsø og Gannik 2000; Scocozza 2000) og i evidenshierarkiet. Spørgsmålet er, om denne opfattelse af behandlingsteknikkens determinerende betydning er fremmede for at skabe bæredygtige behandlingsresultater for mennesker i deres liv med kroniske sygdomme.

De to følgende figurer (figur 1 og 2) illustrerer to meget forskellige antagelser om, hvad der påvirker behandlingsresultater, og dermed hvad der påvirker muligheder for helbredelse og lindring. I et samarbejde mellem etablerede og alternative behandlere er det væsentligt, at behandlerne er vidende om disse forskellige virkningsantagelser og kan forholde sig til dem i behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme. I Projekt Behandlerteam, initieret af Scleroseforeningen, har vi udviklet et redskab til at få etablerede og alternative behandlere til at eksplisitere deres virkningsantagelser og konkret arbejde med disse i en team-baseret behandling af mennesker med sclerose (Launsø & Skovgaard 2008).



Figur 1. Antagelser bag RCT og evidensbaseret medicin



Figur 2. Antagelse bag alternativ behandling

De skitserede rumstørrelser i figur 1 og 2 skal ikke læses som absolutte men som tentative rum-størrelser. Pilene angiver positive og negative interaktioner mellem de tre rum. Man kan forestille sig interventioner, der kan fremme eller hæmme muligheden for de andre rums udfoldelse og betydning for helbredelse og lindring. Hvis der er tale om en intervention, der er sammensat af mange potentielt aktive elementer og en intervention, der aktiverer et samspil mellem dynamiske processer i de tre rum, må interventionen defineres som værende både kompliceret og kompleks (Rogers 2008). Når vi har at gøre med sådanne interventioner, som oftest er tilfældet ved alternative behandleres behandlinger, vil det være vanskeligt at definere, hvilke af elementerne og processerne, der er afgørende for behandlingsresultatet. Ved disse former for interventioner er der ikke tale om en direkte sammenhæng (lineær kausalitet) mellem behandlingsteknikken (interventionen) og de opnåede behandlingsresultater, som randomiserede kliniske forsøg baserer sig på. En antagelse, der legitimerer gennemførelse af RCT. Udøvere af alternative behandlinger (alternative behandlere og ukonventionelt arbejdende læger) (Launsø & Skovgaard 2007; Launsø 2001) understreger ofte, at der *ikke* er tale om en lineær kausalitet, men at der snarere er tale om en indirekte sammenhæng (en generativ kausalitet). Rogers (2008) bruger begrebet rekursiv kausalitet, der rummer selv-forstærkende loops og uforudsigelige og emergente 'outcomes'. Lineær kausalitet refererer til, at B følger efter A eller specifikke effekter følger direkte af specifikke interventioner. Dvs. at kausalitet ligger i eksterne relationer mellem intervention og effekt (Scocozza 2000). En generativ og en rekursiv kausalitet refererer til, at interventionen virker indirekte gennem en interaktion med

interne processer, der kan fremmes eller hæmmes af forskellige kontekster som f.eks. brugerens erfaringer, motivation og livssituation, kulturelle, ideologiske og økonomiske aspekter samt anvendelse af andre behandlinger, hvis virkningsmekanismer kan hæmme en given intervention i at virke. Man kunne antage, at en lineær kausalforståelse har en relevans i forhold til en specifik patologi (disease) og en specifik intervention og at en generativ og rekursiv kausalforståelse har en relevans i forhold til 'netværksarbejdende' patologier (ubalancer i systemet) og 'netværksarbejdende' interventioner (dvs. interventioner der har til formål at styrke selvregulerende processer / selvhelbredende processer). Spørgsmålet er, om kroniske sygdomme rummer en form for 'netværksarbejdende' patologiske processer, der kan respondere gunstigt på 'netværksarbejdende' interventioner, der involverer både behandlingsteknikken, kommunikation og aktivering af brugerens egen indsats.

Mennesker med kroniske sygdomme, der bruger både etablerede behandlere og alternative behandlere, vil ofte møde behandlere, der praktiserer ud fra forskellige virkningsantagelser og bagvedliggende forskellige kausalitetsforståelser. For at møde brugerne i deres brug af behandlinger og for at initiere et samarbejde mellem etablerede og alternative behandlere, er det nødvendigt, at behandlerne kan forholde sig konstruktivt til, at forskellige virkningsantagelser og kausalitetsforståelser er i spil inden for etablerede og alternative behandlingsformer. I et samarbejde mellem etablerede og alternative behandlere kan denne indsigt have betydning for, om der vælges additive behandlinger (behandlinger der ureflekteret lægges oven i hinanden) eller der tages refleksiv stilling til hvilke behandlinger, der vil være gunstige for brugeren med en eller flere kroniske sygdomme i et længerevarende behandlingsforløb.

Konklusion

Mennesker med kroniske sygdomme bruger i stigende grad alternative behandlere, og etablerede behandlere inddrager i stigende grad alternative behandlinger i deres behandlingsarbejde med mennesker med kroniske sygdomme. De bruger-erfaredede virkninger af behandlinger udøvet af alternative behandlere rummer også initiering af sundhedsrelaterede forandringsprocesser. Brugere oplever med disse behandlinger både et bredere behandlingsbegreb og et bredere virkningsbegreb, end de oftest har mødt i de behandlinger, de har modtaget inden for sundhedsvæsenet.

I behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme initieres i flere og flere lande forsøg med samarbejde mellem etablerede og alternative behandlere inden for sundhedsvæsenet. Disse samarbejder er fyldt med udfordringer ikke mindst fordi alternative og etablerede behandlere ofte arbejder på basis af forskellige virkningsantagelser og bagvedliggende forskellige kausalitetsforståelser, der kan hæmme i stedet for fremme et konstruktivt samarbejde.

Mine erfaringer med forskning på området er, at et eksplicit og reflekteret samarbejde om virkningsantagelser og kausalitetsforståelser er nødvendigt for at udvikle bedre behandlingsresultater for mennesker med kroniske sygdomme. Her ser jeg, at det netop i forbindelse med mennesker med kroniske sygdomme er vigtigt at arbejde ud fra virkningsantagelser, som stimulerer til brugeres egen indsats. Det er vigtigt ikke at adskille råd om forebyggelse fra behandlingen. Selvaktiverende forebyggelse må integreres i selve behandlingen med udgangspunkt i den enkelte brugers behov og mål. Det er således vigtigt, at professioner udvikler deres evne til at se ud over egne kausalitetsforståelser for at fremme brugernes egen indsats og fremme bæredygtige behandlingsresultater for brugere med kroniske sygdomme.

Forskning viser, at samarbejde mellem professioner med grundlæggende forskellige og på visse punkter direkte modstridende forståelser kan fremme overskridende læring (Argyris 1991,1992; Morsing 1995; Knorr-Cetina 1999; Engeström 1996). Dette tema har i Danmark været udforsket i samarbejder mellem alternative og etablerede behandlere (Rieper et al 2005; Launsø & Haahr 2007). Det er her interessant, at norske sundhedsmyndigheder har besluttet at give støtte til samarbejdsprojekter mellem etablerede og alternative behandlere inden for forebyggelse og behandling. Myndighederne lægger i denne sammenhæng vægt på den læringseffekt, som kan skabes gennem sådanne projekter. Samtidig mener de, at det er disse behandlingsformer, som skal tilføre nye behandlingsmuligheder for patienterne (Odelstingsproposisjon 2002).

Tak

Københavns Universitets Forskningsgruppe vedrørende Alternativ Behandling (KUFAB) har afholdt forskerseminar om behandlings- og virkningsbegreber og stimuleret forskere fra forskellige videnskabelige discipliner til at gå i dialog omkring disse begreber. ViFAB har sammen med flere private fonde givet økonomisk støtte til dette arbejde. En særlig tak til Dorte E. Gannik, Toke Barfod og Peter La Cour for konstruktive samtaler omkring vore forskellige tilgange til emnet.

Noter

1. I Københavns Universitets Forskningsgruppe indenfor Alternativ Behandling (KUFAB) arbejder Inge Kryger og Charlotte Baart med et kvalitativt studie af bruger-erfarede virkninger af flere alternative behandlinger udført af alternative behandlere.
2. På Nationalt forskningscenter indenfor komplementær og alternativ medicin (NAFKAM), Universitetet i Tromsø er der etableret et Register for Exceptionelle SygdomsForløb (RESF), hvori mennesker, der har erfaret et usædvanligt sygdomsforløb efter brug af alternativ behandling, kan blive registreret i en database. Forskningen i disse menneskers sygdoms- og behandlingsforløb – som omhandler kroniske og alvorlige sygdomme som kræft, sclerose, CFS/ME, gigt, migræne, astma/allergi – peger på, at mange af disse mennesker "både ser sig selv som en del af det komplekse problem, der er årsagen til deres egen sygdom og den årsagsforståelse skaber muligheder for, at de også selv kan være en del af løsningen" (Kruse 2008:21- 25).
3. På baggrund af de kvalitative studier er det i sagens natur ikke muligt at fastslå omfanget af brugere med disse erfarede virkninger. Jeg mener det må vække stof til eftertanke og handling, at vi finder brugere med disse erfarede virkninger på tværs af forskellige studier, forskellige alternative behandlinger udført af alternative behandlere og på tværs af forskellige kroniske sygdomme.
4. Forskningserfaringer fra evaluering af behandlingsforløb i Projekt Behandlerteam. www.Scleroseforeningen.dk

Litteratur

- Argyris C.1991 *Teaching Smart People how to Learn*. Harvard BusinessReview: 99-109.
- Argyris C. 1992 *On Organisational Learning*. Cambridge, Mass: Blackwell Publ.
- Brendstrup E, L Launsø. 1996 *Hovedpine og zoneterapeutisk behandling*. København: Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende alternativ behandling, Sundhedsstyrelsen, 2. udgave.
- Brendstrup E. 2004a *Luftvejsslidelser og akupunktur*. København: CbiS (www.cbis.dk)
- Brendstrup E. 2004b *Luftvejsslidelser og ernæringsterapi*. København: CbiS (www.cbis.dk)
- Coulter I D, Ellison, MA, Hilton L, Rhodes HJ, Ryan G.2007 *Hospital –Based Integrative Medicine. A case study of the Barriers and Factors facilitating the creation of a Center*. Santa Monica, CA: RAND Health.
- Eisenberg DM, RC Kessler, C Foster, FE Norlock, DR Calkins, TL Delbanco. 1993 *Unconventional Medicine in the United-States – Prevalence, Costs, and Patterns of Use*. New England Journal of Medicine, 328(4):246-252.
- Eisenberg DM, RB Davis, SL Ettner, S Appel, S Wilkey, M van Rompay et al.1998 *Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997 – Results of a follow-up national survey*. JAMA, -Journal of the American Medical Association, 280(18):1569-1575.
- Ekhölm O, M Kjöllér. 2007 *Brugen af alternativ behandling i Danmark*. Resultater fra den nationalt repræsentative Sundheds- og sygelighedsundersøgelse 2005. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund; nr. 6:15-24
- Eklöf M. 2001 *Allt fler patienter öker alternativ och komplementär medicin – en utmaning för framtidens hälso- och sjukvård*. Läkartidningen, 98:5206.
- Engeström Y. 1996 *Udviklingsarbejde som uddannelsesforskning*. In: Illeris K (red): *Tekster om læring*. København: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.

- Fisher P, A Ward. 1994 Complementary medicine in Europe. *BMJ*, 309:107-11.
- Gamst. A, N. Haahr, AE Kristoffersen, L. Launsø. 2006 Integrative Care and Bridge Building Among Health Care Providers in Norway and Denmark. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 12 (2):141-146
- Gamus D, S Pintov. 2007 Integration of Complementary and Alternative Medicine Services in the Hospital Setting in Israel. *The Israel Medical Association Journal*; 9: 169-170.
- Gannik ED. 2005 *Social sygdomsteori – et situationelt perspektiv*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Hanssen B, S Grimsgaard, L Launsø, V Fønnebø, T Falkenberg, NK Rasmussen. 2005 *Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries* *Scandinavian Journal of Primary Care*, 23: 57-62
- Hollenberg D. 2006 Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/ alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine*, 62. (3): 731-744.
- Johannessen B. 2006 *Sykepleiere i alternativ behandling: hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere å tilby alternativ behandling*. Bergen: Universitetet i Bergen (ISBN: 82-308-0240-8).
- Kessler RC, RB Davis, FD Foster et al. 2001 Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Ann Intern Med*, 135: 262-8.
- Kjøller M, K Juel, F Kamper-Jørgensen. 2007 *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Knorr-Cetina K. 1999 *Epistemic Cultures*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Kruse TE. 2008 Patienters opfattelse af årsag til sygdom og veje til helbredelse. I: *Eksepsjonelle Sykdomsforløp i Skandinavia*. Registrering og Forskning. Rapport for 2007: 21-25. (<http://uit.no/nafkam/prosjekter/25>).
- Launsø L. 1981 Brugen af alternative behandlere. *Nordisk Medicin*, juni, 96:177-180.
- Launsø L. 1989 Integrated Medicine in Practice – a Challenge to the Health Care System. Laila Launsø. *Acta Sociologica* (32), 3: 237-251.
- Launsø L. 1996 *Det alternative behandlingsområde – brug og udvikling; rationalitet og paradigmer*. København: Akademisk Forlag.
- Launsø L. 2000 The use of alternative treatments in Denmark: Patterns of Use and Patients' Experience with Treatment Effects. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 6(1):102-7
- Launsø L. 2001. *Døre åbner sig. – Om grænseoverskridende læger og farmaceuter i det danske sundhedsvæsen*. Højbjerg: Forlaget Hovedland.
- Launsø L, DE Gannik. 2000 The need for revision of medical research designs. In: *Disease Knowledge and Society*. Gannik DE, L Launsø (eds.). København: Forlaget Samfundslitteratur: 243-262.
- Launsø L. 1989 Integrated Medicine in Practice – a Challenge to the Health Care System. *Acta Sociologica*, 32 (3): 237-251.
- Launsø L, E Brendstrup, S Arnberg 1999 An explorative study of reflexology treatment for headache. *Alternative Therapies in Health & Medicine* May, 5 (3):57-65.
- Launsø L, BJ Drageset. 2008 Eksepsjonelle Sykdomsforløp i Skandinavia. *Registrering og Forskning*. Rapport for 2007: 21-25. (<http://uit.no/nafkam/prosjekter/25>).
- Launsø L, J Rieper. 2005 General practitioners' and classical homeopaths' treatment models for asthma and allergy. *Homeopathy*, 94: 17-25.

- Launsø L, N Haahr. 2007 Brobygning mellem etablerede og alternative behandlere. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*; 6: 75-96
- Launsø L, J Rieper, O Rieper. 2007 Evaluative feedback as a contribution to learning between groups of professionals. *EVALUATION*; 13(3): 306-322.
- Launsø L, L Skovgaard. 2008 The IMCO Scheme as a Tool in Developing Team-Based Treatment for People with Multiple Sclerosis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14 (1): 69-77.
- Lønroth HL, O Ekholm. 2006 Alternativ behandling I Danmark – brug, brugere og årsager til brug. *Ugeskrift for Læger* 168 (7): 682-686.
- Morsing M. 1995 Organisatorisk læring af anden orden – fra en struktur til en procesorienteret teori om læring. I: *Virksomhedens strategi og ledelse*; 5:1-28.
- Mulkins AL, Verhoef M, Eng J, Findlay B, Ramsun D. 2003 Evaluation of the Tzu Chi Institute for Complementary and Alternative Medicine's Integrative treatment Program. In: *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(4):585-592.
- Mulkins AL, Eng J, Verhoef MJ. 2005 Working towards a model of integrative health care: Critical elements for an effective team. *Complementary Therapies in Medicine*, 13: 115-122.
- Mulkins AL, Verhoef MJ. 2004 Supporting the Transformative Process. Experiences of Cancer Patients Receiving Integrative Care. *Integrative Cancer Therapies*, 3, (3): 230-237.
- NCCAM. 2004. *The use of complementary and alternative medicine in the United States*. NCCAM, NIH. <http://nccam.nih.gov/health/> updated September 2004.
- NIFAB 2007. *Bruk av alternativ behandling i Norge*. Fønnebø V, L Launsø, T Bessessen, T Nielsen (www.nifab.no): (Rapport om brukerundersøkelse, dato: 20.marts 2007).
- Nyborg L, L Launsø. 2008 Uprøvinger av alternativ behandling innenfor helsevesenet i møte mellom etablerte behandlere og helsepersonell. Tromsø: *NAFKAM, skriftserie nr. 5* (in press).
- Odelstingsproposisjon ot.prp. nr 27 (2002-2003)*. 2002 Om lov om alternative behandling av sykdom mv. Tilrådning fra Helsedepartementet av 13. desember 2002, godkjent i statsråd samme dag (Regjeringen Bondevik II). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Trykk: A/S O.F.A- 2002; 12/02.
- Ostenfeld-Rosenthal A. 2007 Symbolsk healing 'embodied' – krop, mening og spiritualitet I danske helbredelsesritualer. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 7: 129-150.
- Paterson C, N Britten. 2004 Acupuncture as a Complex Intervention: A Holistic Model. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (5): 791-801.
- Paterson C, N Britten 2003 Chinese medicine acupuncture for people with chronic illness: Combining qualitative and quantitative outcomes assessment. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9: 671-681.
- Rasmussen NK, MV Groth, SR Bredkjær et al. 1988 Sundhed og sygelighed i Danmark 1987. København: DIKE.
- Rieper J, L Launsø, O Rieper. 2005 Diskursanalyse som metode til læring – et perspektiv på organisationsændring i et stærkt institutionaliseret felt med et eksempel fra forsøg på brobygning mellem etableret og alternativ sygdomsbehandling. *Nordiske Organisations Studier (NOS)*, (2-3): 111-136.
- Rogers PJ. 2008 Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation, Sage Publ.*, 14 (1): 29-48

- Scocozza L. 2000 The Randomised Trial. A critique from the philosophy of science. In: Gannik DE, L Launsø (eds.). *Disease Knowledge and Society* København: Forlaget Samfundslitteratur: 231-241..
- Shuval JT, N Mizrachi, E Smetannikov. 2002 Entering the well-guarded fortress: alternative practitioners in hospital settings. *Social Science & Medicine* 55: 1745-1755.
- SIF. 2008 *Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne*. København: Statens Institut for Folkesundhed. <http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx> (12.2.2008).
- Xue CCL, AL Zhang, V Lin et al. 2007 Complementary and Alternative Medicine Use in Australia: A National Population-Based Survey. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*; 13(6):643-650