

«Vi skal ikke ha monopol på folks helse»

*Hvordan allmennpraktiserende leger forstår,
forklarer og forholder
seg til pasienters bruk av akupunktur*

Eveline Skjøsberg Smith



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for Helsefagvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2016

«Vi skal ikke ha monopol på folks helse»

Hvordan allmennpraktiserende leger forstår, forklarer og forholder seg til pasienters bruk av akupunktur

Copyright Eveline Skjønsberg Smith

2016

«Vi skal ikke ha monopol på folks helse»

Hvordan allmennpraktiserende leger forstår, forklarer og forholder seg til pasienters bruk av akupunktur.

Eveline Skjønsberg Smith

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

I denne oppgaven undersøkes hvordan allmennpraktiserende leger forstår, forklarer og forholder seg til pasienters bruk av akupunktur. Oppgaven baserer seg empirisk på intervjuer med 10 allmennpraktiserende leger om deres erfaringen med- og refleksjoner rundt pasienters bruk av akupunktur.

Ved hjelp av Bourdiues feltanalyse viser jeg at den kunnskap og forståelse legene i studien har av akupunktur gjør at det kan defineres som et eget felt, adskilt fra annen alternativ behandling, og som et felt som opererer komplementært til det medisinske maktfeltet. Studien viser at legene vurderer akupunkturbehandling som forsvarlig og lite risikofylt når akupunktøren er kvalifisert, pasienten er godt utredet av lege slik at akupunktøren vet hva problemet er, og pasienten ikke ”shopper” mellom behandlere.

For å bedre pasientsikkerheten ved akupunkturbruk etterlyses det en kvalitetssikring av akupunktører og en mulighet for å kunne henvide til akupunktur.

Når legene forklarer hvorfor pasienter som oppsøker akupunktør legger de vekt på at det er når konvensjonell medisin ”ikke kommer i mål” med behandlingen. Enten fordi pasienten har diagnose hvor medikamentell behandling ikke har den ønskede effekten, eller fordi pasienten har en lidelse hvor konvensjonell medisin har lite å tilby.

Funnene viser at legene i studien både kommuniserer med- og forholder seg, ulikt, til pasienter som benytter seg av akupunktur. Bourdiues feltanalyse gjorde det mulig å analysere frem to legeroller; den ”tradisjonelle” og den ”brobyggende” lege.

De ”tradisjonelle” legene lar det være opp til pasientene å fortelle om akupunkturbruk. De syns ikke slik informasjon er nødvendig å få frem, og det blir ikke journalført. De verken tilråder eller fraråder bruk av akupunktur, men aksepterer at pasienten bruker det. Slik forholder de seg i liten grad til pasienters bruk av akupunktur.

De ”brobyggende” legene både spør om- og forholder seg aktivt til at pasientene bruker akupunktur. De mener selv de har nok kunnskap om akupunktur til å gi råd, og kan anbefale pasienter akupunktur.

Studien har satt søkelys på at kunnskap er nødvendig for at leger skal kommunisere godt med pasientene om bruk av både akupunktur. God kommunikasjon innebærer for mange pasienter muligheten for å diskutere akupunktur og andre alternative behandlingsformer med sine leger, noe som kan øke pasientsikkerheten.

Abstract

This study aims to determine how General Practitioner (GP) doctors understand, explain and relate to patients use of Acupuncture. The empirical foundation of this study is qualitative interviews of 10 GPs. The interviews aim to let the GPs share and reflect on their experiences with patients use of acupuncture.

This study analyses the GPs understanding and definition of Acupuncture in the framework of Bourdieu's field analysis. The interviews reveal that Acupuncture may be defined as an independently field, not as a part of other alternative medicine disciplines, and can operate complementarily to the power medicinal field.

This study shows that the GPs are considering acupunctural treatment as a responsible and safe treatment when; The acupuncturist is qualified and knows what to treat, the patient is examined by a medicinal doctor, and finally, when the patient is not "shopping" between treatments. To increase the safety for patients using Acupunctural treatments the GPs desires improved quality assurance of acupuncturists, and the possibility to refer patients directly to Acupunctur treatments.

As an explanation to why patients seek the help of Acupunctural treatment the GPs note that some patients never reach a "completion" of their treatment with regular medical treatment. This may either be because the patient has a disease where medicinal treatment doesn't have the desired effect, or because the patient has an illness where medicinal treatment has offer no help.

The findings show that the GPs communicate and relate differently to patients using acupunctural treatments. Bourdieu's field analysis makes it possible to analyze the two forms of communication categories. "Traditional" GPs lets the patient inform them about acupunctural treatments. "Bridge building" GPs, on the other hand, asks and informs patients about acupuncture and actively recommends it as a complementary treatment.

This study sheds light on the knowledge necessary for GPs to effectively communicate with patients regarding the usage of acupuncture. Effective Communication does for many patients involve the opportunity for an open discussion of Acupuncture and other alternative medicinal treatments, which also may increase patient safety.

Forord

Som akupunktør og masterstudent i helsefagvitenskap ved Institutt for helse og samfunn, UiO, fant jeg det interessant å utforske forholdet mellom det offentlige helsevesenet og akupunktur.

Det har vært en lang reise fra jeg startet min første 5-årige utdanning innen alternativ medisin ved Norsk Akademi for Naturmedisin i 1991, til jeg i 2008 var på det første kullet som kunne ta en 3-årig NOKUT- godkjent bachelor i akupunktur ved Akupunkturhøyskolen, til jeg nå tar en master i helsefagvitenskap ved Institutt for helse og samfunn, medisinsk fakultet ved UiO.

Å gå fra å være kliniker til å forsøke seg som forsker har vært en lang og inspirerende reise. En vitenskapelig prosess er jo også en sosial prosess, derfor vil jeg gjerne rette en stor takk til alle som har bidratt.

Jeg vil gjerne takke min veileder, seniorforsker Anita Salamonsen ved Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), Institutt for samfunnsmedisin, UiT, for å hatt troen på meg og tålmodighet, og for et godt samarbeid som jeg håper kan være en spire til noe mer.

En stor takk til alle barna! Mine sønner Andreas og Magnus, og kjærestene deres: Tiril og Charlotte. Vi har alle vært masterstudenter samtidig, og dere har vært flotte å ha til inspirasjon, hjelp og gode samtaler.

Og takk til hele familien og alle venner som ikke har sett så mye til meg, men støttet og oppmuntret meg underveis.

Det har vært krevende og inspirerende år ved avdeling for helsefag, og lærerstaben der fortjener også takk for en entusiasme som har gjort studiene til en berikende glede.

Medstudentene Camilla og Kine har vært til trøst og glede underveis, takk for at dere var der.

Jeg vil også takke legene som tok seg tid til å bli intervjuet, uten dem ingen masteroppgave.

Uansett dere som har vært der underveis, resultatet er ene og alene mitt, det samme er ansvaret.

Med dette ønsker jeg god lesning!

Innholdsfortegnelse

1 INTRODUKSJON	1
DEFINISJONER OG REGULERING	1
HVA ER AKUPUNKTUR?	3
<i>Pasienters bruk av akupunktur</i>	6
<i>Fastleger</i>	9
<i>Akupunktur og leger</i>	10
PROBLEMSTILLING	12
<i>Oppgavens videre oppbygging</i>	12
2 METODOLOGI OG METODEVALG	14
TO MODELLER- TO PARADIGMER	14
VITENSKAPSTEORETISK RAMME	17
<i>Vitenskapsteoretiske refleksjoner</i>	18
<i>Forståelse og forskerrolle</i>	20
MATERIALE OG METODE	22
<i>Materiale</i>	23
<i>Inklusjonskriterier</i>	23
<i>Rekruttering</i>	23
<i>Utvalget</i>	24
<i>Intervju</i>	25
<i>Gjennomføring av datainnsamling</i>	25
<i>Transkribering</i>	26
<i>Analytisk tilnærming</i>	27
ETIKK	29
3 RESULTATER	32
HVORDAN FORSTÅR LEGENE PASIENTERS BRUK AV AKUPUNKTUR?	32
<i>Hvilke kunnskaper ligger til grunn for legenes forståelse av akupunkturbruk?</i>	33
<i>Hvordan forstår legene akupunktur som fag?</i>	35
<i>Hvilke risikovurderinger gjør leger ved akupunkturbruk?</i>	37
HVORFOR BRUKER PASIENTER AKUPUNKTUR?	42
<i>Mangel på tid hos legen</i>	42
<i>Å ikke komme i mål ved "diseases"</i>	44
<i>Å ikke komme i mål ved "Illness"</i>	44
HVORDAN FORHOLDER LEGENE SEG TIL PASIENTER SOM BRUKER AKUPUNKTUR?	45
<i>Den tradisjonelle lege: "Det spiller ingen rolle"</i>	47
<i>Den brobyggende lege: "Vi skal ikke ha monopol på folks helse"</i>	48
<i>Oppsummering av hovedtrekkene i resultatene</i>	55
4 TEORETISK ANALYSE OG DISKUSJON	57
BOURDIEUS BEGREPER	57
LEGENES FORSTÅELSE AV AKUPUNKTUR SOM EGET FELT	59
HVORFOR PASIENTER BRUKER AKUPUNKTUR	64
<i>Tidsaspektet</i>	64
<i>Når det medisinske feltet ikke kommer i mål</i>	65
ULIKE MÅTER Å FORHOLDE SEG TIL PASIENTER	67
METODOLOGISK DISKUSJON	71
<i>Kvalitetskriterier</i>	72

<i>Veien videre</i>	74
5 KONKLUSJON	76
LITTERATURLISTE	78
VEDLEGG / APPENDIKS	85

1 Introduksjon

Alternativ behandling utgjør en vesentlig del av nordmenns bruk av helserelaterede tjenester. Den siste befolkningsundersøkelsen fra Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) viste at ca 40 % av de spurte hadde brukt en eller flere former for alternativ behandling i løpet av det siste året. Akupunktur er den mest brukte behandlingsformen i denne undersøkelsen (Fønnebø 2014).

Tidligere studier viser at pasienter er aktive helsetjenestebrukere som pendler mellom tilbud fra det offentlige helsevesenet og alternativ behandling (Salamonsen 2010). Et viktig spørsmål blir derfor hvordan det offentlige helsevesenet forholder seg til slike aktive pasienter og brukere av alternative behandlingsmåter som akupunktur.

Gode representanter for det offentlige helsevesenet er allmennpraktiserende leger. De er ofte spesialister i allmennmedisin, med en fastlegeavtale, og er førstelinjetjeneste for pasienter som oppsøker det offentlige helsevesenet. Mange pasienter har nå hatt samme fastlege i mange år etter at ordningen ble etablert i 2001, og fastleger kjenner mange av sine pasienter godt. Fastlegene er dermed den gruppen blant norske leger som med stor sannsynlighet har best kunnskap om pasienter som benytter både konvensjonell medisin og akupunktur. Denne undersøkelsen baserer seg empirisk på intervjuer med 10 allmennpraktiserende leger om deres erfaringer med- og refleksjoner rundt pasienters bruk av akupunktur.

Definisjoner og regulering

Før vi ser nærmere på forholdet mellom allmennpraktiserende leger og pasienters bruk av akupunktur er det viktig å avklare hvordan lovverket forholder seg til alternativ behandling. ”Kvakksalverloven” (Lov av 19. Juni 1936) ga innskrenkninger i adgangen for den som ikke var helsepersonell, til å ta ”syke i kur” (Helse- og omsorgsdepartementet 1998). Denne loven ble opphevet og erstattet av Loven om alternativ behandling av 1. januar 2004 (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Den nye lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter som oppsøker og mottar alternativ behandling (AB) og regulere adgangen til slik behandling. Denne loven definerer alternativ behandling slik:

«Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av helsepersonell. Behandling som utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet

alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten». (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64>).

I utgangspunktet har ikke leger noen fremtredende rolle i loven om alternativ behandling. Loven legger ansvaret for den alternative behandlingen hos den alternative utøveren. Men leger kan bli ansvarlig også for alternativ behandling dersom det henvises til slik behandling eller gis konkrete råd om å oppsøke alternativ behandling. Det er ikke den alternative behandlingen, men selve rådgivningen som da vurderes i henhold til kravene om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, i følge Helsepersonell-loven § 4.

(https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2)

Ved alvorlige sykdommer derimot kreves det samarbeide eller samforståelse av pasientens lege ved bruk av alternativ behandling:

§ 7. Behandling av alvorlige sykdommer og lidelser

”Behandling av andre alvorlige sykdommer og lidelser enn dem som omfattes av § 6, skal heller ikke utøves av andre enn helsepersonell.

Andre enn helsepersonell kan likevel utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller lidelsen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse.

Bestemmelsen i første ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og pasienten er myndig og har samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første og andre ledd. Det samme gjelder for andre pasienter dersom helse- og omsorgstjenesten ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten.

Samtykkebestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4, 4-5, 4-7 og 4-8 gjelder tilsvarende så langt de passer”.

(Helse og Omsorgsdepartementet 2008)

Ved alvorlig sykdom vil samarbeid si at legen har en langt mer aktiv rolle enn ved samforståelse. Ved samarbeid må legen kjenne til behandlingen som gis. Samforståelse betyr at legen kjenner til at pasienten benytter alternativ behandling, men det trenger ikke bety at legen må kjenne til behandlingsmetoden og eventuell risiko.

Loven om alternativ behandling fra 2004 førte til at begrepet *alternativ medisin* og *komplementær behandling/ medisin* ble erstattet med begrepet *alternativ behandling*. På engelsk brukes begrepene ”Complementary and alternative medicine “ (CAM). Cochrane Collaboration har definert CAM slik:

“Complementary and alternative medicine (CAM) is a broad domain of healing resources that encompasses all health systems, modalities, and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the politically

dominant health system of a particular society or culture in a given historical period. CAM includes all such practices and ideas self-defined by their users as preventing or treating illness or promoting health and well-being.” (Zollmann & Vickers 1999).

Nyere internasjonal helseforskning skiller mellom komplementær og alternativ behandling. Komplementær behandling (complementary medicine) er den form for alternativ behandling som brukes i tillegg til og sammen med konvensjonell medisin. Alternativ behandling (alternative treatment) brukes når behandlingen er et alternativ til/ isteden for konvensjonell medisin (Low 2001). Dette er en viktig distinksjon som mistes når vi i Norge kun bruker begrepet alternativ behandling.

Hva er akupunktur?

Akupunktur kommer fra de latinske ordene *acus*, som betyr nål/spiss, og *punktur*, som betyr punktere/stikke. På kinesisk heter det Shen Jiu og betyr nåling og varme. Opprinnelig ble ordet akupunktur brukt om nålebehandling etter prinsipper fra det man i dag internasjonalt betegner som Traditional Chinese Medicine (TCM). Terminologien Traditional Chinese Medicine (TCM) ble tatt i bruk Chinese Medical Journal in 1955, et tidsskrift for ikkekinesiske lesere. I Kina snakker man bare om “zhongyi”; kinesisk medisin (Neal 2013). I denne oppgaven vil jeg bruke den norske betegnelsen Tradisjonell Kinesisk Medisin (TKM).

Etter at TKM-akupunktur ble introdusert i vesten har det vokst frem en annen type akupunktur som ikke bygger på TKM-prinsipper, men på teorier innenfor konvensjonell medisin. I metodekapittelet vil jeg posisjonere de forskjellige formene for akupunktur epistemologisk i forskjellige paradigmer. Derfor vil jeg her, som analytisk konstruksjon, lage et skille mellom TKM-akupunktur og andre former for akupunktur og nålebehandling. Disse siste vil jeg, for enkelthets skyld, i denne oppgaven, plassere inn under begrepet vestlig akupunktur.

TKM- akupunktur bygger på filosofi og prinsipper fra tradisjonell kinesisk medisin med en helhetlig individuell behandling. Vestlig akupunktur ser bort fra dette og orienterer seg mot en biomedisinsk modell med fysiologiske forklaringer og en standardisert behandling.

For pasienter, leger og andre er det ikke lett å skille mellom disse formene for akupunktur. Min erfaring (og forforståelse) er at pasienter som har fått en nål hos en behandler kaller dette akupunktur og tror de har fått TKM-akupunktur.

TKM-akupunktur

Akupunktur er en del av klassisk kinesisk medisin som sannsynligvis er det eldste medisinske systemet vi kjenner til (Unschuld 1985).

TKM gir mulighet for å se sammenhenger mellom alle tegn og symptomer som pasienten presenterer og de tegn som kan observeres av behandleren. Kroppen sees på som en helhet, og forutsetningene for helse er at kroppens organer og energikretsløp er i en indre balanse. Foruten den terapeutiske behandlingen med akupunktur nåler, er råd og veiledning en viktig del av TKM. Råd og veiledning er ofte sentrert rundt kosthold, stresshåndtering og mosjon. Å bruke forklaringsmodellene fra TKM kan gi pasienten større innsikt i både egen helse og sykdom.

Hjelp til selvhjelp gitt gjennom TKM-rammeverket kan gi en forståelse for hvorfor kosthold og forandringer i livsstilen er nødvendig for å oppnå god helse (Heyerdahl og Lystad 2003). Den terapeutiske relasjonen mellom akupunktør og pasient kan gi tillit og støtte i slike prosesser (Armour; Dahlen, Smith, 2016).

MacPherson, Sinclair-Lian og Thomas gjorde en studie som viste at pasientene satte den terapeutiske relasjonen, individuell behandling og at akupunktøren fremmet et aktivt engasjement fra pasienten side i egen tilfriskning, som tre viktige elementer i akupunkturbehandling (MacPherson et al 2006).

Vestlig akupunktur

Medisinsk akupunktur prøver å integrere akupunktur i vanlig medisinsk praksis der det er vitenskapelig dokumentasjon på effekt (Norsk Forening for Medisinsk Akupunktur NMFA).

Det brukes hovedsakelig på muskel/skjelettsmerter og myofasciale triggerpunkt

White står bak en definisjon på medisinsk akupunktur som viser til to viktige distinksjoner:

1) at medisinsk akupunktur har utviklet seg fra TKM-akupunktur, inkluderer dagens kunnskaper om anatomi, fysiologi og sykdomslære, og følger prinsippene fra evidensbasert medisin. Det vektlegges vitenskapelig dokumentasjon rundt nevrofysiologiske forklaringsmodeller. 2) Det er ikke alternativ behandling (White 2009).

Kiropraktorer, fysioterapeuter og leger bruker dette ved muskel/ skjelettsmerter, leger ved noen spesifikke diagnoser som migrene eller kvalme. Jordmødre er kurset i hvordan man i TKM behandler svangerskap og fødsel. Det gir kunnskap om et begrenset område innen akupunktur og de kan ikke behandle sykdommer (Norsk sykepleierforbund).

Fysioterapeutforbundet tar bestemt avstand fra både TKM-akupunktur og Medisinsk akupunktur, de tilbyr nålebehandling. De mener nåleterapi er en del av fysioterapifaget og derved ingen alternativ behandlingsform (Gardasevic 2016).

En annen akupunkturmetode er NADA (National Acupuncture Detoxification Association), en form for øreakupunktur som brukes innen rus og psykiatri. Her kombineres østlig og vestlig medisin i utviklingen av et forenklet og standardisert øreakupunkturprogram, bygget på kontrollerte studier (NADA Norge).

Det som gjør disse formene for akupunktur *medisinsk* er at de utføres av autorisert helsepersonell med minimum bachelorutdanning, og som kurses etter prinsippene over. Selv om medisinsk akupunktur utføres av autorisert helsepersonell defineres det likevel som alternativ behandling, med utgangspunkt i lov om alternativ behandling § 2, 2. ledd:

”Behandling som utøves i helse- og omsorgstjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helse- og omsorgstjenesten”.

Mange TKM-akupunktører bruker også medisinsk akupunktur i tillegg til TKM- akupunktur.

Hvem er TKM-akupunktører?

Akupunktur er ikke en beskyttet tittel. Så hvem som helst kan kalle seg akupunktør. Institutt for Akupunktur, ved Norges Helsehøgskole – Campus Kristiania, tilbyr en Bachelor (180 studiepoeng) i TKM-akupunktur. Det undervises også i medisinsk akupunktur (Høgskolen Kristiania).

Mange akupunktører er medlem av Akupunkturforeningen, som er den foreningen som krever høyest kompetanse av sine medlemmer; 120 studiepoeng i akupunktur pluss 90 studiepoeng i medisinske fag i tillegg, til sammen 240 sp.

I 2009 søkte Akupunkturforeningen om autorisasjon av akupunktører som en ny gruppe helsepersonell. Autorisasjon kan være viktig for å kunne kvalitetssikre akupunkturfaget og utøvelsen av det. Søknaden ble avslått.

Andre aktører gir også akupunkturundervisning. Dette er kortere kurs som ikke kvalifiserer til medlemskap i Akupunkturforeningen.

Det er ukjent hvor mange som praktiserer akupunktur i Norge.

Pasienters bruk av akupunktur

I Norge undersøkte Norheim og Fønnebø i 2000 holdninger og bruk av akupunktur blant et utvalg nordmenn. Da hadde 19 % av de spurte prøvd akupunktur, oftest for muskel/skjelettlidelser. Manglende effekt av konvensjonell medisinsk behandling var hyppigste årsak til å prøve akupunktur. Akupunkturpasienter oppsøkte fastlegen hyppigere, og var mer bekymret for egen helse, enn pasienter som ikke hadde forsøkt akupunktur (Norheim & Fønnebø 2000).

En studie fra England i 2006 viste at 78 % av pasientene hadde nylig konsultert lege for symptomene de oppsøkte akupunktør for. Denne studien tydet på at pasienter søker til akupunktur ikke bare for muskel/skjelettlidelser, men også en større bredde av lidelser (MacPherson, Sinclair-Lian, Thomas 2006b).

MacPherson og Hammerschlag mener at en økning i kroniske sykdommer og stressrelaterte lidelser har ført til en økning i bruk av akupunktur. De kobler det også sammen med en økt bevissthet for uønskete bivirkninger fra medisiner (MacPherson og Hammerschlag 2012).

Fønnebø og kollegaer har i en artikkel påpekt at alternativ behandling står for en annen måte å tenke sykdom og behandling på enn det konvensjonell medisin står for. Brukere av alternativ behandling, som akupunktur, bruker det i tillegg til konvensjonell medisin (Fønnebø et al 2007).

Brukere av alternativ behandling viste seg også å være brukere av det offentlige helsevesenet. 90 % hadde vært til konsultasjon hos allmennpraktiserende lege og 47 % hadde vært hos spesialist (Ramm 2010).

Bruk av akupunktur kan knyttes opp mot at pasientene tar ansvar for sin egen helse. Når pasienter velger å gå til alternativ behandling ønsker de at leger har kunnskap om alternativ behandling, og vil gjerne rådføre seg og høre legens vurderinger og mening om temaet (Verhoef et al 2009).

Men studier har vist at pasienter kan unnlate å fortelle legen om alternativ behandling (Tovey & Broom 2007).

Harald Grimen reflekterer i en artikkel over en manglende diskusjon om makt mellom aktører i helsevesenet. Særlig mener han at maktforholdet mellom lege og pasient er neglisjert. Makt og tillit henger sammen. Legen har en hjelpefunksjon, men er samtidig den kontrollerende portvakten inn i velferdsstaten. Dette gir legen en maktposisjon som fører til at lege og pasient ikke har et likeverdig forhold (Grimen 2009). Det er grunn til å diskutere om

maktaspektet kan være en grunn til at pasienter ikke snakker om sin bruk av alternativ behandling med legen.

En litteraturstudie viser til grunner for at pasienter ikke fortalte legen om bruk av alternativ behandling og hvorfor: Hovedgrunnen var bekymring for å få negativ respons fra legen, eller fordi pasienten ikke trodde det var nødvendig å gi slik informasjon, eller rett og slett fordi legen ikke spurte. I noe studier var det så mange som 77% som ikke fortalte legen om alternativ behandling (Robinson og McGrail 2004).

I en artikkel diskuteres det om det er legens ansvar å snakke med kreftpasienter om alternativ behandling. Det argumenteres for at svaret er ja, leger har ansvar for dette, de har et etisk og juridisk ansvar, samtidig som det fører til respekt for pasientens autonomi. Det er viktig at legen tidlig i sykdomsforløpet tar initiativ til å diskutere alternativ behandling, før pasienten har bestemt seg for eventuell bruk av alternativ behandling. Dette kan hindre både direkte og indirekte risiko. Det viser seg at mangel på kunnskap og mangel på tid er barrierer for å diskutere alternativ behandling med pasienter. Forfatterne konkluderer med at kunnskap om alternativ behandling bør inn i legeutdanningen, for alle leger vil møte pasienter som er brukere av forskjellige former for alternativ behandling. (Verhoef, Boon, Page 2008).

Mange leger forstår ikke hvorfor så mange av deres pasienter bruker alternativ behandling (Fønnebø et al 2007). Hvis leger begynner å snakke med pasienter om deres bruk av alternativ behandling vil dette øke deres forståelse av denne bruken.

Resultatene fra en studie på danske MS-pasienter som bruker alternativ behandling, peker på nettopp på nødvendigheten av at leger snakker med pasienter om alternativ behandling, som vil føre til en gjensidig læring som kan øke kompetansen om alternativ behandling, og med det øke pasientsikkerheten (Skovgaard 2016).

Samtidig viser studier at velfungerende kommunikasjon er forbundet med tillit til helsevesenet. En undersøkelse så på hvordan leger kommuniserte med kreftpasienter om alternativ behandling. To måter å kommunisere på ble funnet: En tradisjonell, som fokuserte på kreften, med medisinsk fagterminologi og et negativt syn på pasientens bruk av alternativ behandling. Den andre måten å kommunisere på var støttende og la seg på et mer likeverdig nivå som pasienten. Disse legene åpnet opp for diskusjoner om alternativ behandling. De kunne være skeptiske til pasientens valg, men respekterte valgene. Den støttende måten å kommunisere på kunne *føre* til at de pasientene søm ønsket det, kunne velge komplementær behandling og ikke alternativ behandling. Den tradisjonelle måten å kommunisere på kunne *resultere* i at pasienten valgte alternativ eller komplementær behandling. Å velge alternativ behandling kunne også være et *resultat* av tradisjonell kommunikasjon. Studien viste at

pasienter ikke ønsket å avgjøre om de skulle bruke komplementær eller alternativ behandling alene, men at de ønsket å ta slike avgjørelser sammen med støttende leger (Salamonsen 2013).

En undersøkelse så på av en gruppe norske MS- pasienter som har erfart positive helseeffekter av alternativ behandling. Funnene viste at det viktigste elementet i disse pasientenes tilfriskning var deres egen aktive innsats for å bedre helsen og livssituasjonen generelt. Pasientene erfarte at alternativ behandling og behandlere gir en mulighet for slik egeninnsats, dermed ble selve behandlingen viktig. Der ble pasientens behov for å bli sett som et helt menneske med individuelle ressurser møtt, de ble ikke redusert til en diagnose. Dermed ble de ikke bare passive mottagere, men ble en oppdagelsesreisende som kunne bruke all sin sosiale, kulturelle og økonomiske kapital på å ta ansvar egen helse og livssituasjon.¹

De var fornøyde med kommunikasjonen med den alternative behandleren, men de var misfornøyde med kommunikasjon, behandlingstilbud og det offentlige helsevesenets beslutningsprosesser. Pasientene ønsker å delta i behandlingsbeslutninger og sin egen behandlingsprosess (Salamonsen et al 2010).

Det viser seg at pasienter med en stabil fastlegerelasjon bruker mindre alternativ behandling. Pasienter med samme fastlege i mer enn to år og som opplevde å bli møtt med respekt, fikk tid til å legge frem problemene, følte de ble lyttet til og opplevde at de selv var aktive deltagere i behandlingsbeslutninger og vurderinger, ble værende hos fastlegen og opplevde ikke så stort behov for å søke alternativ behandling (Hansen et al 2014).

Studier viser altså at pasienter som bruker alternativ behandling er aktive helsetjenestebrukere som fremhever betydningen av egeninnsats og god kommunikasjon med behandleren. Dette stemmer godt overens med det myndighetene ønsker, med stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg*, hvor de fremmer en ny og styrket pasientrolle hvor pasientene selv skal bli i stand til å ta et større ansvar for egen helse og ha en mer aktiv posisjon i egen behandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Allmennpraktiserende leger med fastlegeavtale er de legene som i størst grad møter disse pasientene. Derfor er det viktig å se på hvordan fastlegene forstår, forklarer og forholder seg til pasienters bruk av en alternativ behandlingsform som akupunktur.

¹ Begrepet kapital forklares og diskuteres i kapittel 4.

Fastleger

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene definerer fastlegeordningen slik:

§ 1. Formål

”Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til”. (https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842#KAPITTEL_3)

Fastlegene har altså ansvar for at alle får allmennlegetjenester og at alle har en fast lege å forholde seg til. De har dermed fått rollen som velferdssamfunnets portvoktere. De har et stort medisinsk, økonomisk og samfunnsmessig ansvar (Malde et al 2006).

Helsevesenet er en av de største offentlige utgiftspostene i Norge. 18,5 % av totale offentlige utgifter – om lag hver femte krone i det offentlige budsjettet – ble brukt på helsevesenet i 2012 (Statistisk sentralbyrå, SSB, 2013a: §1, under «Offentlige helseutgifter vokser mer enn offentlige utgifter»).

Fastlegene har fått en posisjon som garantister for at det norske helsevesenet tar seg av de som trenger hjelp, og et samfunnsøkonomisk ansvar for ikke å bruke penger på unødige tjenester. De skaper og håndterer forventninger til undersøkelser, forskriver medisiner, sykemeldinger, behandling og/eller tilfriskning eller fjerner disse forventningene (Malde et al 2006).

Fastlegen er den legen som best kjenner pasienten og hele sykehistorien, og er kontaktpunktet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, NAV og andre offentlige tilbud.

Fastlegen skal blant annet tilby forebyggende tiltak til pasienter med risiko for utvikling av sykdom eller forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt. I slike situasjoner vil forebyggende tiltak inkludere annen oppfølging eller behandling. Det betyr ikke at fastlegen skal iverksette alle tiltakene selv. I merknader til forskrift om fastlegeordningen i kommunene defineres det slik:

Til § 20 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesten

”Bestemmelsen sier at fastlegen skal tilby forebyggende tiltak overfor personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling av sykdom eller funksjonssvikt eller forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt. Før tiltak tilbys skal legen vurdere behovet for tiltak. At fastlegen skal tilby tiltak, betyr ikke at alle tiltakene må iverksettes av fastlegen selv. Slike tiltak kan være å henvise til en frisklivssentral eller et røykeavvenningstilbud.

(https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842#KAPITTEL_3)

Denne paragrafen kan tolkes slik at individrettet forebygging også åpner opp for anbefaling av behandlingsformer som akupunktur.

I Norge blir akupunktur foreslått som behandling ved noen diagnoser. Under terapikapittelet i Norsk legemiddelhåndbok omtales de viktigste sykdommene med råd om behandlingsalternativer, både medikamentelle og ikke-medikamentelle. Akupunktur er oppført som ikke-medikamentelt behandlingsalternativ ved seks forskjellige diagnoser:

- Bekkenløsning
- Nevropatiske smerter
- Nakke-, rygg smerter
- Spenningshodepine (Tensjonshodepine)
- Kvalme
- Kvalme og brekninger

(Norsk Legemiddelhåndbok:
<http://legemiddelhandboka.no/søkeresultat/?q=akupunktur>).

Selv om akupunktur er definert som alternativ behandling åpnes det altså opp for at utøvere innenfor det offisielle helsevesenet kan anbefale akupunktur både som individrettet forebygging og som behandlingsalternativ ved noen diagnoser.

Akupunktur og leger

Som undersøkelsene over viser utgjør alternativ behandling en vesentlig del av nordmenns helserelaterte tjenester. Norske leger må derfor forholde seg til pasienters bruk av alternative behandlingsformer som akupunktur. Det finnes noen få studier som kan si noe om hvordan norske leger tidligere har forholdt seg til akupunktur.

En undersøkelse Aasland og kolleger gjorde i 1997 i samarbeide med Den norske legeforening om kunnskap, holdninger og erfaringer blant 1272 norske leger viste at legene hadde liten kunnskap om alternativ behandling. Men fire av fem leger ønsket slik kunnskap slik at de hadde et godt utgangspunkt for å informere pasientene. Forfatterne konkluderte med at manglende kunnskap og lite erfaring ga norske leger er dårlig utgangspunkt for reflekterte og kritiske standpunkter ved spørsmål rundt alternativ behandling, og at det kan få som konsekvens enten for stor toleranse, eller kategorisk avvisning, av alternativ behandling. Bortsett fra til akupunktur var holdningene til alternativ behandling var svært negative (Aasland, Borchgrevink, Fugelli 1997).

Akupunktur er den form for alternativ behandling som er mest akseptert blant norske leger (Norheim 2005).

En undersøkelse viste at av 111 allmennpraktiserende leger som hadde tatt kurs i akupunktur brukte 60 % av dem det for å behandle pasienter. 68% av legene oppga god erfaring med effekt som hovedårsak for å velge akupunktur, 22 % valgte akupunktur når annen behandling var forsøkt uten effekt. At akupunktur ble brukt som supplement tyder på at det brukes som komplementær behandling til konvensjonell medisin (Aanjesen, Senstad, Lystad, Kværner 2002).

Allmennpraktiserende leger er mer positive til pasienter som ønsker å bruke akupunktur enn sykehusleger, de er også mer positive til både å få informasjon om og samarbeide med andre behandlingsformer enn konvensjonell medisin (Salomonsen, Norheim, Pedersen, Fønnebø 2005).

Likevel brukes alternativ behandling i økende grad innenfor det offentlige helsevesenet. I 2001 ble alternativ behandling rapportert fra 28 norske sykehus (27%), 19 av disse tilbød akupunktur (Salomonsen, Grimsgaard, Fønnebø 2003).

I 2013 var antall sykehus som tilbød en eller flere alternativ behandling terapier økt til 64,4 %. Akupunktur var den form for alternativ behandling som oftest ble tilbudt (Jacobsen et al 2015).

I 2004 var andelen av norske leger som selv var behandlet med akupunktur 18 %. Rundt halvparten (55 %) tenke seg å bruke akupunktur ved egen sykdom. En tredjedel av legene anbefalte akupunktur ved migrene. 4 % av legene praktiserte akupunktur. Legene hadde en positiv holdning til akupunktur, men mer som akupunkturpasienter enn å skulle praktisere selv (Ytrehus, Norheim, Emaus, Fønnebø, 2010).

Disse studiene viser at norske leger forholder seg til akupunktur, kan anbefale akupunktur og ville vurdere å bruke eller bruker det selv, og at noen praktiserer akupunktur.

Pasienter bruker både konvensjonell medisin og alternativ behandling og det kan se ut som de to retningene til en viss grad både utfyller hverandre og dekker ulike behov (Ramm 2010).

Det krever at pasienten må gjøre informerte valg for å kunne orientere seg, og det konvensjonelle helsevesenet kan utfordres i møte med slike pasienter.

Risberg og Kolstad argumenterer i en artikkel for viktigheten med å engasjere seg i debatten rundt alternativ behandling:

”Vi som skolemedisinere kan imidlertid ikke stikke hodet i sanden og tro at vi er alene på helsemarkedet. Det må bli en selvfølge at skolemedisinere skaffer seg kunnskap om de mest brukte alternative terapiformene. Bare da kan vi gi råd til våre pasienter og ikke minst ha mulighet til å påvirke myndighetene” (Risberg og Kolstad 2003).

Problemstilling

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om hvordan det offentlige helsevesenet ser på pasienters bruk av en alternativ behandling som akupunktur. Det er fastleger som i størst grad forholder seg til pasienter som benytter både konvensjonell medisin og akupunktur, og derfor kan belyse følgende problemstilling:

Hvordan forstår, forklarer og forholder allmennpraktiserende leger seg til pasienters bruk av akupunktur?

Fokus har altså ikke vært *om* akupunktur har effekt, men *at* pasienter bruker akupunktur og *hvordan* legene forstår, forklarer og forholder seg til dette.

Merleau-Ponty påpekte at det er ingen forklaring uten at det ligger en forståelse til grunn (Merleau-Ponty 2012). Å ha en forståelse for noe fordrer kunnskap om det samme. Her vil jeg tolke begrepet kunnskap slik at det favner alt det legene vet, mener og tror, eller mener å vite om akupunktur. Michael Polanyi beskrev det som ”mennesker vet mer enn de kan fortelle” og kalte kunnskap som utvikles gjennom handling, samarbeid og refleksjon for *taus kunnskap*. Denne kunnskapen er personlig og situasjonsavhengig, og er bygget på erfaringer, verdier og emosjoner (Polanyi 2009). Den *tause kunnskapen* rommer muligheter legene kan trekke veksler på i møtet med pasientene.

Det er altså hverken en vitenskapelig, eller en formell kunnskap fra legestudiet, det her letes etter, men den kunnskapen legene har erfart gjennom sin praksis og sitt sosiale liv, og som ligger til grunn for deres forståelse av pasienters bruk av akupunktur.

Oppgavens videre oppbygging

I kapittel 2 blir metodologi og metodevalg beskrevet. Her vil jeg først redegjøre for den vitenskapsteoretiske rammen som ligger til grunn for oppgaven, deretter presenteres materialet med begrunnelse for alt fra innhenting til analyse med de etiske valg og hensyn som er gjort underveis.

I kapittel 3 fremlegges resultatene; den analyserte empirien fra undersøkelsen.

Deretter følger kapittel 4 med en teoretisk analyse knyttet opp mot Bourdieus feltteori, samt en diskusjon rundt funnene fra prosjektet i lys av empiri og teori. Oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel 5.

2 Metodologi og metodevalg

I dette kapitlet redegjøres det for den kvalitative metodologien som er anvendt for å generere empiri rundt legers erfaringer med pasienters bruk av akupunktur.

Under presenteres den vitenskapsteoretiske rammen og det konstruktivistisk/ interaksjonistisk perspektivet som er brukt gjennom hele undersøkelsen. Forforståelse og egen forskerrolle blir også diskutert.

I Materiale og metode har jeg lagt frem praktiske sider ved undersøkelsen, med vekt på valg og begrunnelse av forskningsdesign med intervju som datainnsamlingsmetode.

Inklusjonskriterier, at rekruttering førte til undersøkelsesutvalget og hvordan intervjuene med transkribering og analytisk tilnærming ble gjennomført, er beskrevet og diskutert før jeg avslutter med kvalitetskriterier og de etiske overveielserne som har vært sentrale i forskningsprosessen.

To modeller- to paradigmer

Helt sentralt i en forskningsprosess står valget av metodologi/ metode og teori. Å reflektere over forholdet mellom grunnleggende antakelser om hva samfunnet består av (ontologi), hvordan man tilegner seg kunnskap og erkjennelse om sosiale fenomener (epistemologi) og kombinere dette med kunnskap om metode og teori, er nødvendig for å foreta dette valget på en bevisst måte (Blaikie 1993). Dette er overordnede vitenskapsteoretiske forståelsesrammer for all forskning (Jacobsen 2005).

Derfor vil jeg først redegjøre for de ontologiske og epistemologiske tilnærmingene som er relevante for å forstå moderne naturvitenskapelig medisin, fra nå benevnt konvensjonell medisin, og TKM-akupunktur, fra nå benevnt akupunktur.

Konvensjonell medisin kan defineres som den medisin som er akseptert og autorisert av myndighetene, og som undervises på våre universiteter (NOU1998: 21).

I motsetning til dette står WHO's definisjon av alternativ behandling (CAM) som også blir brukt av Cochrane Collaboration:

«En vid gruppe av behandlingsmetoder, som ikke er en del av landets egne tradisjoner, og som ikke er integrert i det dominerende behandlingssystem» (Zolman & Vickers 1999).

En stor forskjell blir dermed at konvensjonell medisin opererer innenfor det offentlige helsevesenet, med den definisjonsmakten det gir på helse og sykdom, mens alternative behandlingsmetoder som akupunktur står utenfor dette systemet.

Innenfor helseforskningen har vi to epistemologiske hoved posisjoner. Disse to posisjonene har forskjellig tilnærming til helse og sykdom. De består av en biomedisinsk- og en sosial modell som tilhører hver sitt paradigme.

Et paradigme kan forstås som en omfattende vitenskapelig teori som danner et uttrykk for hvordan verden oppfattes, og gir en referanseramme for hva som anerkjennes som akseptabel og fruktbar vitenskapelig kunnskap (Hjardemaal 2011).

Den biomedisinske- kontra den sosiale modellen

Tankegangen bak akupunktur er vesentlig forskjellig fra konvensjonell medisin. For begge er målet å forstå hvordan organismen fungerer, og dermed også kunne forebygge og behandle sykdom. Men hvordan de forholder seg til helse og sykdom kan epistemologisk plasseres innenfor en sosial- og en biomedisinsk modell.

Den biomedisinske modellen hører hjemme under det positivistiske paradigmet, og er det vi assosierer med konvensjonell medisin. Her forstås sykdom som biologisk avvik, en tilstand hvor spesifiserte årsaksmekanismer forårsaker avvik fra det som er kroppens normalt tilstand. Den patologiske tilstands etiologi blir viktig. Det letes etter biologiske forhold eller responser som kan føre til sykdom, påvirke forløpet og ser på biologisk effekt av behandling (Hofmann 2008).

Går vi tilbake i historien, var det filosofen René Descartes som på 1600-tallet gjorde et dualistisk skille mellom kropp og sinn. Sinn var *res cogitans* - den tenkende substans, og kroppen var *res extensa* - den utstrakte substans. Mennesket bestod riktignok av begge deler, men det som gjaldt kroppen var *res extensa*. Organismen kunne forstås som metaforen ”maskin” og forklares med mekanistiske begreper. Det gjorde det mulig å bruke ideen om mekanisk kausalitet, altså årsak og virkning, på den menneskelige organismen. Denne tankegangen var forløperen til reduksjonismen som gjennom å redusere og klassifisere, prøvde å forstå mennesket ved å finne de minste elementene vi består av (Nordtvedt & Grimen 2004).

Slik fikk biologien rollen som den fortolkningsrammen sykdom kunne forklares innenfor. Og dermed også en definisjonsmakt. Den medisinske makten ble overlatt til eksperter som satte grensene for hva som var unormalt, sykt eller hadde risiko for å utvikle sykdom. Som igjen har gitt grobunn for en medikalisering. Utrykket spiller på ”å gjøre medisinsk”, men defineres

som en prosess som fører til større og større bruk av medisinsk ekspertise, terminologi og teknologi. Medikaliseringsprosessen fører til at flere og flere av folks problemer sees på som medisinske problemer. Ansvar for de plager som oppstår fra pasientens levde liv fjernes fra pasientens egne hender og bringes inn i medisinen nettopp fordi helsevesenet medikaliserer pasientens levde liv (Lian 2012).

Innenfor det biomedisinske teoriuniverset er leger både helbredere og utøvere av en profesjon. Profesjonsrollen er en offentlig legitimering av legens kompetanse innen biomedisinen. I motsetning til dette står ikke-autoriserte helbredere (Stensland, Nessa, og Schei 2014). Dette skaper et tydelig skille mellom leger og akupunktører.

Forskning på biomedisinske premisser er av kvantitativ art og sees på som nøytral og evidensbasert medisin.

I helseforskningen brukes ofte de engelske begrepene; "disease" og "illness".

For bedre å forstå disse begrepene kan det vises til at det har vært vanlig å skille mellom symptomer og funn i medisinen. Symptomer er pasientens sykdomsopplevelse, mens funn er "legens objektive observasjoner" (Malterud 2012:257).

"Disease" er forbundet med sykdom med biomarkører, som et objektivt fenomen som kan måles og testes. Når det gjøres målbare funn kan det gis en diagnose, og pasienten er dermed gitt en "disease".

Når pasienten har fått en diagnose og dermed en "disease", kan han tre inn i det Parson definerte som en legitim sykerolle (Parson 1991:294).

Legens jobb blir å oversette pasientens symptomer (illness) til en anerkjent definisjon av problemet i form av en diagnose (disease), og finne en institusjonell og standardisert foreskrevet løsning på pasientens problem.

Slik blir forholdet mellom pasient/ lege preget av å være formelt og upersonlig. Biologien setter rammer for hvordan kroppen beskrives og sykdom forklares. Sykdom blir sett på som uavhengig fra den enkeltes sosiale kontekst, erfaringer og subjektive tolkninger (Salamonsen 2010).

Konvensjonell medisin har gjennom den biomedisinske modellen altså sett på kausale sammenhenger og brukt en analytisk og reduksjonistisk tilnærming for å kartlegge og klassifisere symptomer som diagnoser, og har dermed vært mer rettet mot "disease" enn mot "illness" (Heyerdahl & Lystad 2003). Det er innen dette biomedisinske paradigme vestlig akupunktur kan plasseres.

TKM- akupunktur er mer orientert mot illnessbegrepet, som er forbundet med den subjektive opplevelsen av å være syk; hvordan vi har det, og hvordan vi lever med og takler symptomene. Man er også opptatt av årsak, men bare som en del av et mønster i en større sammenheng. Overordnet kausalitetsproblemet er hva som er deler av samme mønster. Slik kan man utforske den subjektive følelsen av å være syk (illness) og sette symptomene inn i en større meningsramme for pasientene (Heyerdahl & Lystad 2003).

Sett fra dette perspektivet kan akupunktur epistemologisk plasseres innenfor en sosial modell og det hermeneutisk/ interaksjonistiske vitenskapelige paradigmet. Her påvirkes helse og sykdom ikke bare av biologiske forhold i kroppen, men også tanker og følelser, relasjoner og sosiale forhold. Tilnærmingen til symptomer og sykdom involverer tolkning og valg, og innebærer en intersubjektiv kommunikasjon og en felles forståelse mellom behandler og pasient. Kunnskap om pasientens sykdom inkluderer også pasientens kroppslige erfaringer. Slik kan det også beskrives som et mer pasientorientert perspektiv. Med dette menes at pasienten oppfattes som et subjekt som agerer i sin egen livsverden, og forholder seg til både egen kropp med dens egne spesifikke symptomer og de menneskene det interageres med. Selvet blir et produkt av en sosial konstruert forståelse (Salamonsen 2010).

Forskning innenfor dette paradigmet søker å beskrive det unike og individuelle, intensjoner og meninger, og er av kvalitativ natur (Järvinen & Mik-Meyer 2005).

Jeg vil understreke at dette er analytiske konstruksjoner! Skillene mellom de to modellene er ikke så dikotome som det her gis inntrykk av, og det er heller ikke et bilde av den medisinske praksis på det enkelte akupunktur- og/ eller legekantor.

Vitenskapsteoretisk ramme

Historisk har vitenskapsteorier operert innenfor et komplekst felt preget av ulike epistemologiske retninger til ulike tider. Denzin og Lincoln definerer vår samtid som den postmoderne epoke. Vi har en mer avvisende holdning til den moderne epokens vitenskapsideal, som var kjennetegnet av at vitenskapelige fakta var objektivt, kvantifiserbart, reproduserbart og nøytralt.

Nå ser vi på sosiale fakta som sosiale konstruksjoner. Kunnskap kan sees på som konstruksjoner vi gjør ut fra vår egen oppfattelse av virkeligheten (Denzin & Lincoln 1994).

Dette er normative forskjeller som påvirker den vitenskapelige teoridannelsen og som innebærer motsetninger i vitenskapssynet. Skal verden oppfattes som en årsaksbestemt lovmessig orden eller som en konstruert meningssammenheng? (Guneriussen 1996). Kunnskap som konstruert meningssammenheng plasseres innen det hermeneutiske/ interaksjonistiske paradigmet, og det er dette jeg vil bruke som vitenskapsteoretisk plattform i undersøkelsen. Dette har vært retningsgivende for de beslutninger jeg har tatt ved valg av både teori, forskningsdesign og analyse (Hjardemaal 2011). Det vil ikke si at jeg avviser det positivistiske paradigmet, men at jeg finner det hensiktsmessig å plassere denne oppgaven innenfor det hermeneutiske/ interaksjonistiske paradigmet, noe som blir begrunnet i neste kapittel.

Vitenskapsteoretiske refleksjoner

Innenfor kvalitative metoder er klassiske analytiske former som fenomenologi og hermeneutikk blitt utfordret av flere former for konstruktivistiske/ interaksjonistiske retninger. Järvinen og Mik-Meyer beskriver i sin bok: ”Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv”, hvordan konstruktivisme ikke kan skilles fra fenomenologi og hermeneutikk på en absolutt måte, fordi også disse perspektivene kan inneholde konstruktivistiske elementer. Men forskjellen mellom fenomenologi/ hermeneutikk og konstruktivisme/ post-strukturalisme blir synlig når vi ser på hvordan analyseobjektet blir oppfattet. Her kan det skilles mellom om analyseobjektet er en stabil størrelse eller om det er et flytende, ustabil og mangetydig fenomen, som kommer til uttrykk og blir formet gjennom forskeren. Det er denne siste forståelsen som kjennetegner en konstruktivistisk og poststrukturalistisk tradisjon (Järvinen & Mik-Meyer 2005).

Konstruktivisme bygger på det syn at virkeligheten hele tiden blir konstruert gjennom menneskelig meningsdannelse og erfaring. Kunnskap er kulturelt betinget og opprettholdes gjennom sosiale prosesser. Slik kan vi si at vi konstruerer vår kollektive realitet og derved produserer vår egen virkelighet. Både på individ og samfunnsnivå er hvordan vi oppfatter og forstår fenomener, i seg selv et konstruert produkt av både individer og kollektive gruppers sosiale interaksjon.

Med interaksjonisme menes at betydningen av et fenomen eller en handling, konstrueres og skapes i interaksjonene mellom mennesker eller mellom mennesker og ting. Betydningen er et relasjonelt fenomen, ikke en uavhengig størrelse som kan avdekkes (Järvinen & Mik-Meyer 2005).

Konstruktivisme/ interaksjonisme gir dermed en mulighet til å få øye på hvordan kunnskap og holdninger genereres. En forståelse av et gitt fenomen er ikke en objektiv realitet, men blir gjennom interaksjon en sosialt konstruert forståelse. Den sosiale virkeligheten består altså av samfunnsskapte fortolkninger og fortolkningsmønstre. Disse utvikles, overføres og opprettholdes av interaksjon mellom mennesker. Argumentet er at menneskene sammen skaper og opprettholder alle sosiale fenomener gjennom sosial praksis. Dette betyr at istedenfor å ta fenomener for gitt bør vi kritisk reflektere over hvordan de kan forstås annerledes. Ved å bruke en konstruktivistisk/ interaksjonistisk tilnærming blir kunnskap noe som skapes av de som deltar i interaksjonen, den blir kontekstbundet (Justesen & Mik-Meyer 2012). Denne tilnærmingen kan plasseres innenfor det hermeneutisk/ interaksjonistiske paradigme (Järvinen & Mik-Meyer 2005).

Järvinen og Mik-Meyer refererer til den franske sosiologen Pierre Bourdieu som opponerer mot subjektivistisk forskning og mot at man kan se på et forskningsobjekt uten en teoretisk referanseramme. Bourdieu sa at hvis forskere tror vi kan analysere andre menneskers perspektiver, uten selv å ha et eget perspektiv på det vi studerer, ender vi opp med et resultat som bare er en gjentakelse av vår egen forforståelse. Når vi nærmer oss et empirisk felt må vi ha en teoretisk forforståelse som et konstruksjonsinstrument (Järvinen & Mik-Meyer 2005).

Handlinger og disposisjoner skjer ikke i et sosialt tomrom, men i relasjon mellom objektive og subjektive strukturer:

”Det sociale rum omslutter mig som et punkt. Men dette punkt er et syns-punkt, dvs et syn set fra et bestemt punkt i det sociale rum, eller: et perspektiv der i sin form og i sit indhold er defineret af den objektive position det ses ud fra. Virkeligheden udgjøres i første og sidste instans af det sociale rum, eftersom dette rum altid vil bestemme de forestillinger som de sociale agenter kan have av det” (Bourdieu 1997:30).

Jeg introduserer Pierre Bourdieu allerede her, som en sentral teoretiker i den kommende analysen. Senere vil jeg ta for meg Bourdieu og hans teorier om felt og habitus for å drøfte om dette kan være et fruktbart vitenskapelig analyseverktøy i dette prosjektet. Bourdieus sosiologi bygger på den ontologiske antakelse at det finnes en virkelighet som eksisterer uavhengig av den enkeltes bevissthet, derfor blir det viktig å undersøke hvordan denne virkeligheten oppfattes (epistemologisk). Et viktig prinsipp blir derfor å relatere teori, empiri og metode til hverandre for å danne en helhet (Bourdieu og Wacquant 1996), noe som forsøkes her.

For ikke å legge frem Bourdieus teorier to ganger, vil jeg presentere disse i kapittel 4 under teoretisk analyse og diskusjon. På denne måten kan teori og metode sammenholdes med mitt eget prosjekt underveis.

Begrunnelse for valg av et konstruktivistisk/ interaksjonistisk perspektiv

Jeg har valgt et konstruktivistisk/ interaksjonistisk perspektiv fordi jeg fant det hensiktsmessig for å utforske hvordan legene forstår, forklarer og forholder seg til pasienters bruk av akupunktur. I følge interaksjonismen blir intervjuet i seg selv et sosialt møte hvor erfaringer blir fortolket og meninger skapt. Vi kan ikke forstå et individs adferd uten å se på konteksten. På samme måte kan vi ikke forstå et intervjus meningsinnhold løsrevet fra den konteksten mening blir skapt i.

Kontekst henviser ikke bare til intervjukonteksten, men også til en bredere sosiokulturell kontekst, hvordan intervjuobjektet presenterer seg selv, hvilke strategier han benytter og hvordan han ser seg selv i forholdet til omgivelsene (Järvinen & Mik-Meyer 2005).

Legene i undersøkelsen har kunnskap om pasienters bruk av akupunktur fra sin daglige praksis. Kunnskap gjennom erfaring blir av Järvinen og Mik-Meyer klassifisert som kunnskap av en intuitiv art. Det er denne intuitive erfaringsbaserte kunnskapen jeg ville forsøke å avdekke. Forskningsprosessen ble et møte og et samspill mellom de allmennpraktiserende legene og meg som forsker, og sammen genererte vi empirien.

Forforståelse og forskerrolle

Min forforståelse bygger på mine kunnskaper og min erfaring som akupunktør med mange års praksis og langvarig samarbeid med leger. Begrepet forforståelse eller for-dom knyttes til Hans-Georg Gadamer som mente at forforståelse er en nødvendig forutsetning for forståelse. Verden kan ikke møtes nakent eller forutsetningsløst. Vi må ha en mening eller idé om hva vi ser etter, ellers vil våre undersøkelser mangle fokus og retning. Forforståelse er de holdninger og antagelser forskeren har til feltet før forskningen igangsettes. En bevisstgjøring av forforståelse kan hindre forskeren i å ta en tolkende posisjon og lete etter meninger som understøtter sin egen forforståelse (Kvale & Brinkmann 2009).

Bourdieu mener at forskeren derfor må anlegge et refleksivt perspektiv på sin egen tolkning. Refleksjon kan defineres som at man tar på alvor hvordan ulike språklige, sosiale, politiske, historiske og teoretiske elementer er sammenvevde i den kunnskapsprosessen som empirisk materiale konstrueres og tolkes i. Bourdieus refleksivitetsvariant tolkes av ham selv som en

form for dobbel hermeneutikk, altså som en tolkning av tolkning. Hvis forskeren ikke anlegger et selvreferanseperspektiv, risikerer man å gjøre sitt eget ståsted universelt og utsette informantene for symbolsk vold (Bourdieu & Wacquant 1992). Det er for å unngå dette jeg vil forsøke å benytte et slikt selvreferanseperspektiv.

Jeg har over 20 års erfaring innen alternativ behandling. De tolv første årene var jeg samlokalisert og i samarbeide med et legesenter. Vi spiste lunsj sammen og kunne diskutere medisinske spørsmål og andre pasientrelaterte emner. Dette ga meg en god innsikt i legenes hverdag og har gitt meg både respekt og sympati for legenes arbeid.

Som akupunktør er jeg avhengig av at pasientene som kommer til meg har fått riktig medisinsk diagnose av sin fastlege. Jeg må vite hva jeg skal forholde meg til og være trygg på at det ikke er en underliggende livstruende sykdom skjult bak pasientens symptomer. Jeg må altså stole på at legen har gjort jobben sin, og at pasienten er undersøkt og behandlet på en adekvat måte og at differensialdiagnoser er utelukket.

På samme måte må jeg stole på at pasienten blir tatt på alvor hvis jeg oppdager underliggende tilstander jeg vil at legen skal undersøke nærmere. De gangene det har skjedd har legene fulgt opp med nødvendige undersøkelser og videre behandling. Kommunikasjonen mellom legen og meg går gjennom pasienten. Slik kan man se på det som et uformelt samarbeid formidlet via pasienten.

En systematisk gjennomgang av mine pasienter det siste året (2014), viser at ca 25 % er anbefalt å prøve akupunkturbehandling av sin fastlege. Disse pasientene har gjerne symptomer og plager hvor konvensjonell medisin enten har lite å tilby eller tilbyr medisiner pasienten kvier seg for å ta, ofte pga bivirkninger. Typisk for slike symptomer eller lidelser kan være muskel/ skjelett-smerter, allergi, utbrenthet eller mer diffuse plager. Ved gjentatte infeksjoner kan leger anbefale akupunktur som forebyggende behandling. Legene bruker da akupunktur som et supplement til konvensjonell medisin.

Min forforståelse er at mange allmennpraktiserende leger er positive og anbefaler akupunktur, og at pasienter som bruker akupunktur tar aktivt grep om egen helse for ikke å forbli syke/ sykere, bli sykmeldte eller for å forebygge sykdom, og at dette, når det blir et tema, ofte er anbefalt av pasientenes fastleger. Denne forforståelsen er preget av hva mine pasienter formidler til meg.

Min forforståelse gjør at både bevisste og ubevisste valg knyttet til temaet, problemstilling, gjennomføring og analyse, kan ha betydning for resultatet. Derfor er det nødvendig å reflektere rundt disse forutsetningene. Jeg er både akupunktør og forsker. Når jeg tok på meg rollen som forsker var det med et ønske om å nærme meg teori, problemstilling og

informanter på en objektiv og redelig måte. Men som forsker er jeg jo påvirket av mitt yrkesliv som akupunktør. Samtidig blir forskerens person ansett som et viktig metodisk verktøy innen den kvalitative tilnærmingen. Denzin og Lincoln beskriver idealforskeren ("bricoleur") som en bevisst og reflektert forsker som både erkjenner sin egen involvering og den rollen det har for resultatet (Denzin & Lincoln 1994). Denne erkjennelsen ble til en kritisk granskning av mitt eget arbeid underveis. Både under forberedelsene, under intervjuene med legene og ikke minst under analysen. Jeg forsøkte å ha en kontinuerlig dialog mellom min egen forforståelse og forskerrollen, og det som til slutt blir presentert som resultatet av prosjektet. Bourdieus refleksivitetsvariant ga mening og retning underveis i arbeidet. Erkjennelsen av at jeg møtte empirien med en forforståelse gjorde at jeg vekslet mellom å analysere deler og helhet, teori og data, slik at det ble en dialog mellom forforståelser og oppdagelser (Haavind 2000). Dette gjorde det lettere å skille akupunktøren og forskeren fordi forskerrollen utviklet seg kontinuerlig gjennom de ulike stadiene i forskningsprosessen. Dermed kunne jeg distansere meg fra akupunktørrollen og bli forsker. Hvorvidt jeg har lyktes i det har ikke *jeg* de beste forutsetningene for å vurdere.

Materiale og metode

Denne undersøkelsen plasserer seg i en kvalitativ forskningstradisjon innenfor det postmoderne paradigmet. En induktiv kvalitativ metode med intervju av allmennpraktiserende leger ble et naturlig valg for å kunne belyse problemstillingen. Med induktiv metode menes at man ønsker å observere og analysere et fenomen for å danne et utgangspunkt for teorier om fenomenet (Thuren 2009).

Det som kjennetegner kvalitativ metode er mulighetene for å vektlegge detaljer, nyanser og det unike. En kvalitativ undersøkelse er fleksibel og interaktiv, og egner seg godt til utforskning av menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger. Det er menneskene og situasjonen som avgjør hvilken informasjon som hentes inn. Målet er å beskrive og forstå, å utvikle begreper, hypoteser eller teoretiske modeller som forteller om innhold og mening, og som i kraft av dette kan ha relevans for sammenhenger utover den kontekst der studien opprinnelig ble gjennomført (Malterud 2003).

Ved kvalitativ induktiv metode trekker man allmenne, generelle konklusjoner ut fra empiri, i motsetning til deduktiv metode, hvor man har hypoteser og foretar deduktive slutninger for å se om premissene stemmer med hypotesen (Thurén 2009). Den induktive tilnærmingen er hensiktsmessig for mitt prosjekt som skal se på fenomener som i liten grad er utforsket

kvalitativt tidligere. Hensikten blir da nettopp å utvikle nye beskrivelser og forståelser (Haavind 2000).

Materiale

Kvalitativ forskning innebærer at man finner personer med de erfaringene som er nødvendige for å belyse forskningsspørsmålene. Relevante utvelgelseskriterier sikrer at utvalget har kunnskap og erfaring som kan generere empiri rundt det man vil undersøke.

Derfor bør informantene velges ut blant personer som nettopp har kunnskap og erfaring om forskningsemnets aspekter, og som både kan reflektere rundt og formulere seg om temaet, samt har tid og lyst til å delta. Dette bidrar til å sikre validiteten i undersøkelsen (Kvale & Brinkmann 2009). Mitt empiriske materiale stammer fra et utvalg av 10 allmennpraktiserende leger.

Inklusjonskriterier

Gitt ønsket om å utforske allmennpraktiserende legers erfaringer rundt pasienters akupunkturbruk, var inklusjonskriteriet for informantene at de var allmennpraktiserende leger, fortrinnsvis med fastlegeavtale.

Rekruttering

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv med en forespørsel om deltagelse i prosjektet. Informasjonsskrivet inneholdt opplysninger om prosjektets hensikt og hva det ville innebære å delta. Informasjonsskrivet ligger som vedlegg C.

Det ble bedt om et intervju på rundt 30 minutter. Dette tidsperspektivet ble valgt etter et pilotintervju med en medisinerstudent og med tanke på å få tilgang til leger med en stram timeplan.

Informasjonsskrivet ble sendt et utvalg fastleger plukket ut fra Legelisten.no. Det viste seg at det var vanskelig å få respons på denne formen for rekruttering. Mye tid ble brukt i telefonkø når jeg prøvde å ringe legenes kontor for svar på forespørselen. Noen fikk jeg ikke tak i, andre oppga at de dessverre ikke hadde tid til å delta. Kun to leger ble rekruttert på denne måten. To andre leger kjente jeg til fra før. De seks andre legene ble rekruttert med snøballmetoden. Denne metoden baserer seg på at en informant vurderer hvilke andre personer som kan være relevante å intervju. En ulempe med denne metoden er at informanten kan foreslå personer som likner dem selv (Tansey 2007). For ikke å svekke reliabiliteten fikk tre leger anbefale en kandidat hver. De tre siste legene ble anbefalt via forskjellige bekjente innenfor helsevesenet.

Utvalget

Som nevnt var inklusjonskriteriet allmennpraktiserende leger med fastlegeavtale. Utvalget består av 10 allmennpraktiserende leger, tre kvinner og syv menn. Alderen varierer fra 30 til 72 år. De har praktisert mellom 2 og 44 år. Geografisk er de spreidd mellom Oslo øst, sentrum og vest, Akershus nord og syd, Buskerud og Vestfold.

De er gitt oppdiktete navn, alfabetisk, etter den rekkefølgen de ble intervjuet i.

Alder og når de ble autorisert er satt i en femårsperiode av personvernmessige hensyn.

En lege er uten fastlegeavtale, Dr Evensen, som er allmennpraktiserende lege i et privat tverrfaglig senter som tilbyr både konvensjonell medisin og alternativ behandling. Dr Gran er nylig begynt som fastlege og har ikke rukket å bli spesialist i allmennmedisin. Bortsett fra disse to er alle spesialister i allmennmedisin.

- * Dr Amundsen- Mann 70-75 år. Autorisert 1970-75.
- * Dr Borg- Mann 55-60 år. Autorisert 1985-90.
- * Dr Carlsen- Mann 55-60 år. Autorisert 1990-95.
- * Dr Dahl- Mann 50-55 år. Autorisert 1985-90.
- * Dr Evensen- Kvinne 50-55 år. Autorisert 1990-95.
- * Dr Fasting- Kvinne 45-50 år. Autorisert 2000-05.
- * Dr Gran- Kvinne 30-35 år. Autorisert 2010-15.
- * Dr Holmen- Mann 50-55 år. Autorisert 1990-95.
- * Dr Indredal- Mann 40-45 år. Autorisert 2000-05.
- * Dr Jacobsen- Mann 70-75 år. Autorisert 1970-75.

I en kvalitativ undersøkelse er det ikke gitte kriterier for hvor mange informanter som bør være med. Ofte brukes konseptet ”saturation”, altså et forskningsmessig metningspunkt hvor det hverken kommer ny informasjon eller nye temaer fra datamaterialet (Kvale & Brinkmann 2009). Guest, Bunce og Johnson har operasjonalisert ”saturation” og kommet frem til at 12 intervjuer er nok til å komme til et metningspunkt, men grunnlaget for metatemaer er tilstede allerede etter 6 intervjuer (Guest m fl 2006). Jeg erfarte tilsvarende under intervjuene i undersøkelsen. På bakgrunn av dette, samt gitt omfanget av en masteroppgave, mener jeg at utvalget på 10 informanter burde kunne generere nok nyansert empiri til å belyse problemstillingen.

Intervju

For å få svar på min problemstilling så jeg på ett konstruktivistisk/ interaksjonistisk kvalitativt forskningsintervju som særlig egnet. Denne typen intervju er en profesjonell samtale hvor kunnskap konstrueres i samspill mellom forskeren og intervjuobjektet. Målet er å undersøke den meningsproduksjon som skapes i samarbeid med den intervjuede, for deretter kunne fortolke betydningen av denne (Järvinen & Mik-Meyer 2005). Formålet med denne typen intervju er å få tak i de ulike betydningene som personer, saker eller hendelser har for intervjuobjektet og beskrivelsen av dette. En fyldig tolkning skal avdekke begrepene som brukes og si noe om oppfatningene (Kvale & Brinkmann 2009). Intervju ble valgt som metode på bakgrunn av ønsket om å få nyanserte beskrivelser av temaet for undersøkelsen. Jeg valgte en åpen semistrukturert intervjuform for å kunne forfølge temaer underveis i intervjuene. Dette ga mulighet for å følge opp hva informantene fortalte samtidig som jeg kunne styre samtalen inn på temaene jeg ønsket informasjon om.

Det ble utarbeidet en intervjuguide som ble et rammeverk for intervjuene. Intervjuguiden er vedlagt som vedlegg D. En intervjuguide bør inneholde de emnene som skal belyses under intervjuet og fungere som en skisse med undersøkelsens forskningsspørsmål. Dette gir informanten mulighet til å svare fritt på spørsmål, og åpner for at intervjueren kan stille supplerende spørsmål for å kunne utdypende innholdet i det informanter beskriver (Kvale & Brinkmann 2009). Jeg brukte intervjuguiden slik, som en skisse. Dette ga mulighet til en naturlig samtale rundt temaene, samtidig som jeg kunne forsikre meg om at alle temaene ble belyst.

Gjennomføring av datainnsamling

Informantene valgte selv når og hvor intervjuet skulle foregå. Legen fra Vestfold ble av praktiske grunner intervjuet via Skype. Siden Skype fungerer som en ansikt til ansikt-samtale skilte ikke dette intervjuet seg fra de andre, bortsett fra at vi ikke var fysisk tilstede i samme rom. To av legene foretrakk at jeg kom hjem til dem utenom arbeidstid, to leger valgte å la seg intervjuet på mitt kontor. De andre ble intervjuet på deres egen arbeidsplass. Intervjuene varte i gjennomsnitt 30 minutter. Alle intervjuene ble tapet med opptaksfunksjonen på min mobiltelefon. Intervjuene ble gjort mellom januar og mars 2015.

Intervjuene ble gjennomført etter Kvale og Brinkmanns prinsipper om det kvalitative forskningsintervjuet. Det innebærer en lydhørhet for hva informanten forteller og en

sensitivitet for overraskelser eller endringer underveis, som kan utfordre forskerens forforståelse.

I en intervjusituasjon kan det oppstå en asymmetrisk maktsituasjon mellom partene, siden det ikke er en interaksjon mellom likeverdige personer. Forskeren setter dagsorden og styrer intervjuet og samtaleemnene (Kvale & Brinkmann 2009). Informantene uttalte seg i kraft av sin legerolle og ikke som privatpersoner. Dette ga dem en mer offisiell rolle som kan ha bidratt til å utjevne maktfordelingen. Jeg opplevde alle intervjuene som samtaler med respekt for hverandres ståsted og med en nysgjerrighet og interesse fra begge parter.

Et bærende prinsipp i en intervjusituasjon er at deltageren skal kunne uttale seg fritt og jeg gjorde mitt beste for å legge til rette for dette. Hensikten med samtalene var jo å skulle generere empiri og at informantene skulle medvirke til å produsere det empiriske materialet.

Transkribering

Jeg transkriberte alle intervjuene selv fortløpende. Formålet med transkripsjon er å fange opp samtalen i en form som er lojal mot det opprinnelige materialet (Malterud 2003). Men transkripsjonsprosessen er en transformasjon som gjør at materialet skifter fra en form til en annen: den går fra en muntlig diskurs til en skriftlig diskurs. På veien mistes stemmeleie, tonefall, kroppsspråk og gester; den nonverbale kommunikasjonen. Slik blir det en både svekket og dekontekstualisert gjengivelse av intervjusamtalen. Samtidig blir intervjuene strukturert slik at de egner seg til analyse. Transkripsjonen blir i seg selv en tolkningsprosess og en begynnelse på analysen (Kvale & Brinkmann 2009). Dette ble tydelig for meg under arbeidet med transkriberingen.

Intervjuene ble transkribert verbatim (lat., av verbum, ordrett). Opptakene var av god kvalitet, og jeg oppfattet legene som velformulerte og vant til å snakke for seg. De uttrykte seg verbalt og siden jeg transkriberte hvert intervju samme eller påfølgende dag, oppdaget jeg at den non-verbale kommunikasjonen ikke hadde vesentlig betydning i dette prosjektet. Dette gjorde det forholdsvis enkelt å transkribere.

Jeg opplevde transkripsjonsarbeidet som en god og nyttig prosess. Jeg så hvordan hvert intervju utviklet meg som intervjuer og hvordan jeg brukte tidligere intervju som byggeklosser for min forståelse og analyse av neste intervju. Etter hvert ble jeg tryggere i rollen, og ble flinkere til å følge opp og komme med innspill som avvek fra intervjuguiden. Gjennom transkriberingen ble det også åpenbart for meg at empirien ble konstruert i samspill mellom legene og meg.

Analytisk tilnærming

Ved en konstruktivistisk/ interaksjonistisk tilnærming til forskning er analyseprosessen tilstede under alle stadier av prosessen, fra planleggingen av prosjektet til sluttproduktet (Kvale & Brinkmann 2009). Analysen var derfor allerede i gang under intervjusituasjon ved at intervjuobjektene konstruerte mening og forståelse i interaksjon med meg (Järvinen og Mik-Meyer 2005).

De transkriberte intervjuene ble analysert ved hjelp av en innholdsanalyse. Dette er en form for analyse som blir brukt ved studier som forsøker å beskrive et fenomen (Hsieh & Shannon 2005).

Først ble de transkriberte intervjuene lest, og lest igjen og igjen, med en åpen og induktiv tilnærming. Først for å få en helhetsforståelse som var relevant for problemstillingen.

Deretter ble de lest ord for ord, for å utvikle åpne koder. Koding av data innebærer å forenkle og sortere dataenes kompleksitet, ved å redusere datamaterialet ved koder og kategorier (Hsieh & Shannon 2005). Først ved å finne ord fra teksten som kunne begrepsfeste nøkkeltanker eller beskrive konsepter. Deretter lagde jeg koder som skulle være representative for mer enn én nøkkeltanke. Underveis lagde jeg mine egne notater om inntrykk og ideer. Jeg opplevde kodingen som nyttig for å skaffe en oversikt over dataene, og utvikle forståelse av hva dataene handlet om. Det tydeliggjorde den refleksive prosessen Bourdieu tok til orde for (Bourdieu & Wacquant 1992).

Kodene ble sortert i flere kategorier basert på hvordan kodene var relatert til hverandre.

Kategoriene ble så plassert i grupper. Disse gruppene rommet da flere kategorier og underkategorier. Da kunne jeg begynne å organisere alle underkategoriene inn i færre kategorier. Så begynte arbeidet med å lage definisjoner for hver underkategori, kategori og kode (Hsieh & Shannon 2005).

I løpet av arbeidet var det nødvendig å gå frem og tilbake mellom alle notatene og kodene og justere. Noe som var sagt et sted, fikk nytt innhold etter å ha blitt sett i lys fra andre utsagn (Elo & Kyngäs 2008). Et eksempel på dette er hvordan underkategorien indirekte risiko oppstod. Legenes syn på indirekte risiko ved bruk av akupunktur ble ikke spurt om, men kom til syne underveis i samtalen. Under viser, som eksempel, et kort utdrag av intervjuene med to leger:

Utdrag, transkripsjon	Koding	Underkategori: indirekte risiko	Kategori: Risiko
Nå kommer jeg på en situasjon, som kan være et problem, og det er jo ved alvorlig sykdom. Hvor man kanskje ikke vet helt at er det, men hvor pasienter ordner veldig mye på egenhånd og shopper litt behandlinger.. fordi... hvor de kanskje ikke kommer tilbake før det har gått mange måneder, så tror jeg hvis man hadde hatt pasienten litt oftere, så ville man reagert på et tidligere tidspunkt da. At her er det noe som ikke stemmer. Her er det noe alvorlig. Ikke sant?	Problem Alvorlig sykdom Egenhånd Shopper Manglende kontinuitet	Innebærer indirekte risiko	Innebærer risiko
Det er jo sånn at det kan være mange veier til målet, men det kan være at flere av de veiene kolliderer mange ganger på veien. At, det nytter ikke å spille på flere hester samtidig, men satse på en av gangen i hvert fall. Hvis ikke kan man få motstridene råd og så blir man.... Pasientene kan shoppe og ta litt av hvert og så er det ingenting som blir helhetlig.	Mange veier til målet Interaksjon, kollisjon Shopper Motstridene råd Ikke helhetlig	Innebærer indirekte risiko	Innebærer risiko

Tabell 1. Eksempel på koding av transkripsjoner

En fordel med innholdsanalyse er å kunne bruke direkte informasjonen fra intervjuobjektene uten å la seg farge av forhåndsdefinerte kategorier eller teoretiske perspektiver (Hsieh &

Shannon 2005). I resultatdelen har jeg brukt tekstnære kategorier som informantene selv brukte.

Med en konvensjonell tilnærming til innholdsanalyse forventes det at relevant teori og relevante studier blir adressert til- og diskutert i, diskusjonskapittelet (Hsieh & Shannon 2005). Dette har jeg tatt hensyn til i diskusjonskapittelet.

Et argument mot innholdsanalyse er at den kan lett forveksles med andre kvalitative metoder som grounded theory eller fenomenologi. Men Hsieh & Shannon argumenterer for at disse metodene går dypere enn innholdsanalyse, både i å utvikle teorier og at de gir mer nyanserte beskrivelser av det levde liv (Hsieh & Shannon 2005). Jeg vil argumentere for at konvensjonell innholdsanalyse var et nyttig verktøy for min oppgave, fordi jeg kunne bruke tekstnære koder som passet godt til den konstruktivistisk/ interaksjonistiske tilnærmingen som var valgt (Hsieh & Shannon 2005).

Etikk

Med min inntreden i en for meg ny forskningsverden var det mange etiske prinsipper å lære og ta stilling til. I prosjektet mitt var empirien generert av rådata samlet inn fra intervjuer som først ble tapet, så transkribert, analysert og som presenteres i denne oppgaven.

Jeg fulgte Helsinki-deklarasjonens prinsipper for medisinsk forskning, og har forholdt meg til tre etiske hovedprinsipper gjennom hele prosessen: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. Informert samtykke innebærer at informantene deltar på frivillig basis, og at de er informert om prosjektets overordnede mål og om fordeler og ulemper ved å delta i undersøkelsen. Med konfidensialitet menes at det ikke offentliggjøres data som kan avdekke informantens identitet. Konsekvenser av å delta bør vurderes med hensyn til mulig skade som kan påføres informanten, så vel som eventuelle fordeler informanten kan ha av å delta (Kvale & Brinkmann 2009).

De nasjonale forskningsetiske komiteene er frittstående organer for forskningsetiske spørsmål og gransking av uredelighet i forskning, på alle fagområder. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven) og Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (Forskningsetikkloven) er lover som bidrar til at forskning skal skje i henhold til etiske normer. REK, regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, har ansvar for forskning innen helsefag. Jeg har i samarbeid med veileder vurdert prosjektet slik at det ikke trenger godkjenning fra REK. Dette fordi prosjektet ikke skal forske på mennesker,

humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Det skal heller ikke bringe frem ny kunnskap om helse og sykdom.

Et viktig etisk prinsipp er at deltakerne ikke skal lide overlast. Prosjektets informanter er inkludert i studien i kraft av sin yrkesutøvelse som leger, ikke som privatpersoner, og skal intervjues om sine kliniske erfaringer med pasienters bruk av akupunktur. Dette vil ikke føre til overlast for informantene. Prosjektet er meldt til og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Søknad til NSD ligger som vedlegg nr.A, godkjenning for prosjektet ligger som vedlegg B.

I dette prosjektet ble det utarbeidet et informasjonsskriv til informantene om prosjektets formål. Informasjonsskrivet inneholdt opplysninger om informert samtykke, konfidensialitet og mulighet å trekke seg fra prosjektet uten å oppgi årsak, samt at intervjuene ville bli tapet. Rett etter hvert intervju sendte jeg opptaket til meg selv på e-post, og slettet det fra mobiltelefonen. Opptakene ble oppbevart på PC med passordbeskyttet område, og slettet ved prosjektets slutt. Opptakene inneholder ingen navn.

Intervjuene begynte med at jeg presenterte prosjektet. For å sikre god forskningsetikk gjentok jeg innholdet i informasjonsbrevet om taushetsplikt, anonymitet og intervjuobjektens rettigheter i forbindelse med intervjuet. Informert samtykke forutsetter at en vet hva som skal skje. Alle legene hadde fått tilsendt informasjonsskrivet med samtykkeerklæring, men jeg hadde med en kopi som de undertegnet og jeg tok med tilbake. Dette for å sikre meg at de hadde lest det grundig og at de beholdt et eksemplar. Informasjonsskrivet inneholdt også opplysninger om at studiens resultater vil inngå i masteroppgaven og i en til to vitenskapelige artikler som skrives basert på denne oppgaven.

Jeg transkriberte selv intervjuene. Alle legene fikk en språkdrakt på bokmål for ikke å kunne gjenkjennes ved dialekt, dette for å bevare konfidensialiteten. Transkripsjonene ble anonymisert med fiktive navn og koblingsnøkkelen ble oppbevart nedlåst. Jeg har taushetsplikt, og alle data er blitt behandlet konfidensielt. Personopplysninger er anonymisert i skriftlige og muntlige fremstillinger av prosjektet. Slik ble informantene sikret anonymitet gjennom hele prosessen.

Det skal nevnes at etiske betraktninger gjøres gjennom alle undersøkelsens faser, og man bør derfor ta hensyn til mulige etiske problemer fra begynnelsen av en undersøkelse til dens endelige slutt (Kvale & Brinkmann 2009). Etikk er idealer å strekke seg mot, ikke noe som kan krysses av som ivaretatt.

Et viktig etisk aspekt er å holde det man lover (Halkier 2010). Jeg har gjort mitt ytterste for å ha etikken med gjennom hele prosjektet og har holdt hva jeg har lovet.

Med denne redegjørelsen for valg av metodologi, teoretisk perspektiv, metode og etikk ligger grunnlaget for resultatene som følger i neste kapittel.

3 Resultater

Dette kapittelet er viet en fremstilling av hva som er fremkommet av empirien. Hensikten var å gjøre et ”dypdykk” i hvordan allmennpraktiserende leger forstår-, forholder seg til og forklarer pasienters bruk av akupunktur.

Med utgangspunkt i intervjuene beskrives legenes refleksjoner rundt temaene.

Før problemstillingen blir belyst, vil jeg legge frem svarene på de innledende spørsmålene som bakgrunnsinformasjon.

Alle legene i undersøkelsen har pasienter som benytter akupunktur. Det blir beskrevet som ”vanlig” og det blir brukt av ”mange”. De opplever at mange har god effekt av akupunktur. Pasienter i alle aldre benytter akupunktur. De kan ikke peke på fellestrekk annet at kvinner bruker både akupunktur og offentlige helsetjenester mer enn menn. De ser ingen sosioøkonomiske fellestrekk.

Legene har ikke kunnskap om akupunkturutdannelsen.

Det er ikke alvorlige sykdommer som kreft legene forbinder med akupunktur. Den store diagnosegruppen som trekkes frem er muskel/ skjelettlidelser. Andre fellesnevner for pasienters bruk av akupunktur er allergi, gjentatte infeksjoner som sinusitt og cystitt, søvnproblemer, infertilitet, bekkenløsningsplager, menstruasjonsforstyrrelser, hormonelle forstyrrelser, lavt stoffskifte, lettere angst og depressive plager, indre stress og uro, og slitenhet/ nedsatt energi. Legene bruker også begrepet diffuse plager.

Under intervjuene var temaet akupunktur, men av og til ble de også spurt om annen alternativ behandling. Det er lagt vekt på å skille mellom dette. Legene var også klare på når de snakket om akupunktur og når de snakket om annen alternativ behandling. Hadde de bare snakket om alternativ behandling generelt kunne svarene vært annerledes.

Hvordan forstår legene pasienters bruk av akupunktur?

Jeg har i kapittel 1 gjort rede for de to hovedformene for akupunktur som brukes i Norge og hvordan de epistemologisk kan plasseres i forskjellige paradigmer i kapittel 2. Dette er kunnskap jeg ikke har brakt med inn i intervjuene med legene. Jeg har ikke definert for legene hverken hva akupunktur er, eller at det finnes forskjellige former for akupunktur. Mitt utgangspunkt er at når vi snakker om akupunktur vil de fleste assosiere det med TKM-

akupunktur. Jeg visste ikke om legene hadde nok kunnskapsgrunnlag til å differensiere mellom akupunkturformene. Det lå i kortene under intervjuene at legene ikke var interessert i å utdype sine kunnskaper om akupunktur til meg. Jeg kan derfor ikke skille, men fortolke om de snakker om TKM eller vestlig akupunktur, eller blander dette sammen.

For å belyse spørsmålet om hvordan legene forstår pasienters bruk av akupunktur, er det derfor interessant å se på hvilke kunnskaper legene har om akupunktur.

Felles for legene er at de ikke har lært noe om akupunktur eller annen alternativ behandling under legestudiet. Likevel har de kunnskap. Det legene kan om akupunktur er plukket opp er via akupunkturkurs, media, personlig interesse, pasienter og kollegaer, turnusleger eller som akupunkturpasienter.

Under vil jeg gi en beskrivelse av hvordan jeg har tolket legenes epistemologiske forståelse av akupunktur.

Jeg minner om at legenes navn er pseudonymer.

Hvilke kunnskaper ligger til grunn for legenes forståelse av akupunkturbruk?

Forskjellige former for kunnskap ligger til grunn:

Egen bruk

Dr Borg og Dr Carlsen svarer ”nei” når jeg spør om de har kunnskaper om akupunktur. Dette vil jeg senere vise at kan ha betydning for hvordan de forholder seg til pasienters bruk av akupunktur.

Begge har imidlertid prøvd akupunktur selv.

Dr Carlsen svarer slik på spørsmål om han har prøvd akupunktur:

”Ikke akupunktur som sådan, jeg fikk en tennisalbue en gang. Fysioterapeuten ga nåler og satte strøm på dem, men det gjør vel ikke vanlige akupunktører.”

Dette viser at han skiller mellom TKM og vestlig akupunktur i form av fysioterapeutens nålebehandling. Han har fått det som her er definert som vestlig akupunktur, og er klar over det.

Det skillet gjør ikke Dr Borg. Hans beskrivelse av sin akupunkturbehandling vil jeg tolke som medisinsk akupunktur, altså en type vestlig akupunktur:

”En lege satte nåler i ryggen min og det gikk fort. Først strøk han litt over dem, så tok han dem ut og sendte meg til kiropraktor. Det tok kort tid.”

Dr Amundsen og Dr Evensen har begge brukt TKM-akupunktur flere ganger og har god erfaring med det på egne plager.

Kurs

De to legene, Dr Amundsen og Dr Jacobsen, har begge tatt Norske legers akupunkturkurs for 25-30 år siden. Dette har gitt dem teoretisk kunnskap om filosofien bak TKM-akupunktur. Ingen av dem har praktisert akupunktur selv, men kurset ga en innsikt som har ført til at de både anbefaler- og har samarbeidet med TKM-akupunktør.

Personlig interesse

Dr Fasting vurderte å ta TKM-akupunkturutdanning ved siden av jobben da hun begynte som allmennlege. Hun forteller at hun var interessert i alternativ behandling i utgangspunktet og så på akupunktur som en naturlig del av dette:

”Det handler om livssyn og verdier, og tilnærmingen til verden, samfunnet og mennesker. Kan jeg si det så enkelt? Jeg synes jo at mennesket helst skal behandles i sin helhet”.

Dr Fasting tar en dermed en helt klar epistemologisk posisjon, hvor hun, slik jeg tolker det, plasserer TKM-akupunktur innen det hermeneutisk/ interaksjonistiske vitenskapelige paradigmet, med en vektlegging av det helhetssynet TKM-akupunktur representerer. Den samme epistemologiske posisjonen tar, slik jeg tolker det, Dr Evensen. Hun har valgt å jobbe ved et tverrfaglig legesenter med blant annet TKM-akupunktører, nettopp på grunn av den helhetlige behandlingen et slikt tverrfaglig samarbeid representerer.

Kunnskap om skillet mellom TKM- og vestlig akupunktur

Dr Gran samarbeider med en lege som praktiserer TKM-akupunktur. Hun skiller mellom akupunktører og ”fysioterapeuter som bruker akupunktur, i hvert fall sånn delvis da”.

Dr Indredal er klar over at det innen akupunktur er ”en klassisk kinesisk retning og vestlig retning”.

Når Dr Borg snakker om akupunktur veksler han mellom å vise til fysioterapeuter som ”også bruker akupunktur” og “akupunktører”. Denne vekslingen kan, etter min tolkning, tyde på at han på et plan forstår at det er to retninger, vestlig- og TKM-akupunktur, men kunnskapsgrunnlaget er ikke godt nok til å differensiere mellom disse.

Dr Holmen svarer nei på direkte spørsmål om han vet at det finnes to hovedretninger innen akupunktur, TKM- og vestlig. Han uttalte også: ”Jeg visste ikke helt om det (akupunktør) var en beskyttet tittel eller ikke”.

Min tolkning er at både Dr Borg og Dr Holmen tror all bruk av nåler er TKM-akupunktur.

Kunnskap via pasientene

Mye av kunnskapen om akupunkturbruk er plukket opp via pasientene. Legene lytter til pasientenes erfaringer og merker seg hvilke diagnoser som har god effekt av akupunktur. Slik blir pasienten læremester, ikke i TKM-filosofien, men hvordan akupunktur blir brukt. Alle legene har klinisk erfaring som har gitt kunnskaper om akupunkturbruk.

Hvordan forstår legene akupunktur som fag?

Akupunktur er definert som alternativ behandling. Tross dette bli akupunktur beskrevet som akseptert, ”mainstream” og ”stuerent”. Legene gjør et tydelig skille mellom akupunktur og andre alternative behandlingsformer.

Et typisk utsagn er: ”Akupunktur er greit, strekker du spørsmålet til homeopati, tror jeg det er mange som ikke syns det har noe for seg” (Dr Borg).

Felles for alle legene i undersøkelsen er at de ser på akupunktur som ett eget akseptert fag.

” Nå er vel det (akupunktur) den biten av alternativ medisin, hvis man kan kalle det alternativ medisin, som jeg syns det er greiest å forholde seg til. Jeg tror det er det de (leger) har et mest fornuftig forhold til. Det er jo mye vi syns er rene sprøytet, ikke sant? Men akupunktur er ikke noe sånn.” (Dr Carlsen).

Alle legene i studien ser på akupunktur som en type behandling som skiller seg ut fra andre alternative behandlingsformer. Legene forteller at ved andre alternative behandlingsformer kan det oppstå dilemmaer ved at pasienter kan fortelle legen at de har fått påvist “allergier mot det ene og det andre”, eller ha ”feil” ved organer som lever eller milt. Det kan ha blitt tatt spesielle prøver legene ikke kjenner til, eller som er ikke er anerkjent av konvensjonell medisin, og så blir det overlatt til fastlegen som hverken har mulighet for å følge opp, eller til å gjøre noe med det: ”Hvis jeg ikke finner noe galt på leverprøvene, er det vanskelig for meg å behandle en lever” (Dr Indredal).

Men slike problemstillinger har legene ikke møtt ved bruk av akupunktur. De ser på det slik at legen og akupunktøren har en mer ”felles plattform og en felles forståelse”. Slik sett står akupunktur i en særstilling.

”Det er en retning som på en måte ligger nært opp til skolemedisinen, teorigrunnlaget er jo ikke så nært, men praksisen er på en måte ikke så fjern” (Dr Dahl).

Studien viser at legene ser på akupunktur som en komplementær behandlingsform. Det kan brukes som et supplement til konvensjonell medisin. Det er ingen trussel mot, eller i konkurranse, med medisinsk behandling. Akupunktur går verken på tvers av eller påvirker legenes medisinske valg:

”Akupunktur kommer i en særstilling for det påvirker ikke i så stor grad de valgene jeg gjør eller foreslår. Det fungerer godt parallelt. Det griper ikke så inn i hverandre. Det kan jobbe sammen, mot samme mål, det går ikke på tvers av hverandre eller utfordrer hverandre. Men som sagt, så klarer jeg ikke helt se at akupunktur, i sin behandlingsform, skal få så stor inngripen på det medisinske. Jeg er ikke kjent med at det skulle være noen form for interaksjoner mellom akupunktur og medisinsk behandling” (Dr Indredal).

Legene i studien mener akupunktur verken utfordrer eller interagerer med konvensjonell medisin. Tvert i mot mener de det kan fungere godt parallelt med konvensjonell medisinen. Legene ser på akupunktur som en komplementær behandlingsform, og plasserer akupunktur i en posisjon mellom konvensjonell medisin og annen alternativ behandling.

3.1.2.1 Har akupunktur en plass i fremtidens offentlige helsevesen?

Hvordan legene ser på akupunktur i fremtidens offentlige helsevesen gir også et innblikk i deres forståelse av akupunkturfaget.

Dr Carlsen er den eneste som ikke mente noe om dette spørsmålet, fordi han ”Kan ikke nok om det”.

To av legene, Dr Borg og Dr Dahl, mente akupunktur allerede har en plass siden akupunktur er et tilbud på sykehus og ved fødeklinikker.

Dr Borg sa også at siden fysioterapeuter driver med akupunktur ved siden av, eller som en del av fysioterapi, får dermed pasienter får behandlingen ”til en viss grad”.

Her ser vi at TKM-akupunktur og vestlig akupunktur sees på som samme type akupunktur.

De andre legene mente det er ”rom for akupunktur” og at det ”burde være en offentlig sak”.

De mente at en offentlig ordning gjør at det blir en kvalitetssikring av faget og utøvelsen av det. Da stilles et krav til utdannelsen, det gir mulighet for henvisninger og bedrer pasientsikkerheten.

Spørsmålet er om samfunnet er modent for en ny yrkesgruppe med offentlig refusjonsrett.

Legene ga uttrykk for at det er et spørsmål som kan diskuteres.

”Altså, mye kan revurderes om hvem som skal ha offentlig refusjonsrett. At det kan være snevert å si at det bare er fysioterapeuter som skal ha det. Hovedutfordringen nå, tror jeg, er stresslidelser og at vi gjør oss selv syke, rett og slett. Så det er jo sånne behandlingsformer (som akupunktur) som kan hjelpe” (Dr Indredal).

Sett fra legenes ståsted, vil en offentlig godkjenningsordning sørge for en kvalitetssikringen av faget, og det vil gi mulighet for samarbeid om pasienter. Som Dr Indredal påpekte er det ved mange lidelser et behov for behandlingsformer som akupunktur. Dr Jacobsen trekker også frem problematikken rundt antibiotikaresistens som et argument for å gi akupunktoren plass i det offentlige helsevesenet. Akupunktur kan brukes som et alternativ for antibiotika ved lette infeksjoner.

”Jeg tror nok at man vil se mer bruk av akupunktur. Og ikke minst vil man se det fordi man nå ser at skolemedisinen stanger hodet i veggen med antibiotika. Man kan ikke bruke antibiotika som vi gjør” (Dr Jacobsen)

Dette viser at legene hadde kunnskap om, og forståelse for, akupunkturfaget og kan se for seg flere bruksområder i fremtiden. Nå skal vi se hvilke risikovurderinger legene i studien gjør ved bruk av akupunktur.

Hvilke risikovurderinger gjør leger ved akupunkturbruk?

I dette kapittelet skal vi se hvordan legene forstår akupunktur i sammenheng med om de oppfatter bruk av akupunktur som forsvarlig og hvilke risikovurderinger de gjør ved pasienters bruk av akupunktur. Risiko kan sees på som et uttrykk for kombinasjonen av både sannsynligheten for, og konsekvensen av, uønskede hendelser. For å kunne vurdere risiko må man både kunnskap om og en forståelse for, det området man skal vurdere (International Organization for Standardization (ISO) 2009).

Derfor ser jeg på legenes syn på forsvarlighet og hvilke risikovurderinger de gjør, som et uttrykk for deres forståelse av akupunkturbruk.

Under intervjuene ble legene stilt flere spørsmål om hvorvidt akupunkturbruk oppfattes som forsvarlig. Svarene var entydige. Ingen av legene har opplevd at det har vært vanskelig å forholde seg til pasienter som bruker akupunktur. De har ikke opplevd at akupunktur har vært uforsvarlig eller kommet i konflikt med deres foreskrevne behandling.

De har ikke erfart at pasienter har valgt bort konvensjonell medisinsk behandling til fordel for akupunktur.

Legene i studien oppfatter akupunktur som en forsvarlig behandling.

Selv om legene ikke har opplevd uønskede hendelser selv, kan de likevel se for seg at det kan oppstå ulike typer av risikoer ved pasienters bruk av akupunktur.

To former for mulig risiko ble identifisert gjennom analysen. Det første punktet, direkte risiko ved selve nålestikket, altså uforsvarlig bruk av nåler med påfølgende skade, kom frem på spørsmål om risiko.

Den andre formen for risiko er en mer indirekte risiko ved akupunkturbehandling. Dette er risikovurderinger som kom frem gjennom refleksjoner legene gjorde under samtalene.

Disse risikovurderingene er her delt i fire punkter. Det første punktet er om akupunktøren har de kvalifikasjoner som er nødvendig for å gi ansvarlig og god behandling. Det andre punktet er om risikoen ved akupunkturbehandling av pasienter med alvorlig underliggende sykdom, som ikke er oppdaget av legen. Det tredje handler om å behandle uten henvisning fra lege.

Det siste punktet tar for seg risikoen ved alvorlig sykdom som ikke blir oppdaget når pasienter ”shopper” mellom ulike behandlere.

3.1.2.1 Direkte risiko ved akupunktur nåling

Når vi ser på selve nålestikkingen er en felles oppfatning blant legene i studien at akupunktur nåling er lite risikabelt. Legene vurderte da risiko enten ut fra tilfeller de har hørt om, eller hvilke uønskede hendelser de forestiller seg kan skje, ved akupunktur nåling. De viste ikke til resultater fra forskning.

To av legene, Dr Dahl og Dr Fasting, har begge hørt om et tilfelle av pneumothorax.

”Jeg har i hvert fall hørt om et tilfelle av pneumothorax, men jeg tror ikke det er en hyppig komplikasjon, for å si det sånn. Så jeg tenker at de som driver med det vet hva de gjør, så, nei, jeg har ikke sett på det (akupunktur) som en risikabel behandling” (Dr Dahl).

Dr Fasting hadde i tillegg til en pneumothorax, også hørt om et tilfelle av nerveskade:

”Så var det en som hadde fått nerveskade, sannsynligvis da, men i hvert fall en lammelse i armen og det er jo veldig... helt sikkert knyttet opp mot en behandlingstid hos akupunktør og det var i det området som var behandlet” (Dr Fasting).

Hun la til at skader kan skje ved all type behandling, men en slik skade kan være lite heldig for akupunkturfaget. Likevel trodde hun ikke pneumothorax eller nerveskade er en hyppig komplikasjon, og ser ikke på akupunktur som en risikabel behandling.

De andre legene i studien fortalte ikke at de har hørt om komplikasjoner ved akupunktur nåling. De kunne forestille seg at en akupunktur nål kan perforere vitale organer eller skade en nerve, men så på det som lite sannsynlig. Et representativt eksempel fra samtalen med legene er dialogen med Dr Indredal som svarte slik på spørsmål om han vet noe om risiko ved akupunktur:

”Nei, det vet jeg ikke. Jeg vil jo tro at den er relativt liten. Disse nålene er jo ikke all verdens svære, tenker jeg. Altså man kan jo tenke seg at man stakk inn i en lunge eller stakk inn i indre organer eller noe sånt, men det tror jeg er helt klin kav umulig. Så jeg kan ikke se at det...

Intervjuer: Det er ikke umulig.

Indredal: Jeg skjønner det. Jeg vet at det ikke er umulig. Men sånn i utgangspunktet tror jeg at sannsynligheten er liten. Vil jeg tro.

Intervjuer: Å punktere en lunge kan være lett å få til.

Indredal: Ja, det er jo det. Men ikke sant, det er lite sannsynlig at det skjer”.

En annen mulig risiko som ble nevnt, var perforering av blodårer med påfølgende blødning, spesielt hos pasienter som går på sterkt blodfortynnende medisiner. En av legene nevnte fare for infeksjoner, hvis det ikke benyttes engangsnåler, men forutsatte at det blir brukt engangsnåler.

Disse over nevnte formene for direkte risiko ved bruk av nåler, er de eneste legene kan se for seg. De anså altså sannsynligheten for uønskede hendelser er liten, og at konsekvensen av disse ikke er alvorlige, bortsett fra ved pneumothorax som selvfølgelig er svært alvorlig. Ingen av legene så derfor på akupunktur nåling som en risikabel behandlingsform.

3.1.2.2 Indirekte risiko ved akupunkturbehandling

Selv om legene i studien ikke så på selve akupunktur nålingen som en risiko, mener de likevel at det kan oppstå situasjoner med uønskede hendelser når pasienter går til akupunkturbehandling:

Risiko ved ukvalifiserte akupunktører

Det er ingen offentlig godkjenning av akupunktører. Derfor kan hvem som helst kalle seg akupunktør. Dermed kan akupunktøren i seg selv være en risiko. Manglende kunnskap om anatomi, fysiologi og patologi kan påføre pasienten skade. Det var begrunnelsen for at legene etterlyser informasjon om hvilke akupunktører som har god nok utdanning og som faktisk er kvalifisert til å sette nåler:

”Hvem er der ute, hvem kan tilby dette og hvem kan jeg stole på, hvem har lært dette på kjøkkenbenken og hvem har gått grundig inn i dette og har tilstrekkelig kunnskap til å gi en god behandling?” (Dr Indredal).

Dr Fasting som hadde hørt om pneumothorax og nerveskade, presiserte at det ikke er akupunktoren i seg selv som utgjør en risiko, men hvem som utøver den.

”Fordi at jeg vet, dessverre, og det har ikke noe med skepsis mot akupunktur å gjøre, men skepsis mot enkelte behandlere. Det at ikke alle nødvendigvis er skolert godt. Det er den biten der hvor lang utdanning og erfaring vedkommende har, som jeg synes er mangelfull for min del” (Dr Fasting).

Dette handler altså ikke om skepsis mot akupunktur som fag, men hvem som er utøvere av faget.

En felles oppfatning er at akupunkturbehandling i seg selv er en relativ trygg behandling med lite skadepotensiale, hvis akupunktøren er skikkelig kvalifisert. Problemet er at de ikke vet hvem som har tilstrekkelige kvalifikasjoner. Derfor etterlyses en kvalitetssikring av akupunktører.

Risiko med akupunkturbehandling ved uoppdaget alvorlig diagnose

Legene i studien så altså ikke på selve nålesticket satt av en kvalifisert akupunktør som en stor risiko. Men det kan likevel oppstå risiko ved at pasienter går til akupunktør. Hvis pasienter ikke er utredet grundig nok av leger, og det er en alvorlig grunnlidelse som ikke er oppdaget, men som ligger til grunn for plagene, kan pasienten bli skadelidende.

Legene i studien mente det er legens ansvar, og jobb, å utelukke alvorlige diagnoser: ”Når man har fått utelukket det som er farlig, og det er en leges viktigste oppgave til en hver tid” (Dr Evensen). Hun sa at legenes ansvar er å utrede godt nok, men hvis ”smertene kommer fra kreft som ikke er oppdaget” og ”det er andre tegn legen har gått glipp av” kan legen ha oversett viktige symptomer på en farlig underliggende sykdom. Dette utgjør en risiko for pasienten fordi det kan føre til feildiagnostisering og feilbehandling, men dette er legens ansvar.

Risikoen ligger da i at akupunktøren behandler symptomer på en tilstand av alvorlig karakter uten at verken lege, akupunktør eller pasienten er klar over den alvorlige diagnosen.

Risiko ved å behandle uten henvisning fra lege

Når legene henviser til fysioterapeut sender de med en vurdering av situasjonen. Legen har tolket pasientens behov og ber om en egnet type behandling. Dermed vet fysioterapeuten hva

legen mener feiler pasienten og hva legen forventer skal behandles. Dette mistes når pasienten oppsøker akupunktur på egen hånd eller blir anbefalt akupunktur av lege, mente legene i studien.

Dr Jacobsen fortalte om kreftsyke pasienter som ikke erkjenner at de har en alvorlig diagnose og som avviser den ”medisinske dokumentasjonen som ligger der” og velger alternativt. Da ”snur man ryggen til virkeligheten og går på vei mot stupet”. Når han ble spurt om han har møtt pasienter som har valgt alternativ behandling istedenfor for eksempel cellegift, svarte han:

”Ja, det tror jeg nok. Det vil man jo finne. Når man er skuffet nok og ikke tror på og ikke erkjenner at jeg har fått en kreftdiagnose. Det er kanskje der alternativ behandling og skolemedisin må komme i tettere dialog og ikke miste disse pasientene” (Dr Jacobsen).

Legene i studien mente at når pasienten blir budbringeren mellom lege og akupunktør, kan vesentlig informasjon mistes. Det kan også være noe i kommunikasjonen mellom lege og pasient som pasienten ikke har oppfattet. Akupunktøren må vite hva status er, nettopp derfor etterlyser legene muligheten til å kunne henvise pasienter til akupunktør:

”En skikkelig henvisning. En henvisning hvor akupunktøren får vite hva man ber om, og hva slags problemer man har” (Dr Jacobsen).

Å kunne henvise til akupunktør vil sikre at akupunktøren vet hvilken diagnose pasienten har og hvilke forventninger legen har til behandlingen. Legene mener det kan gi en mulighet for en tettere dialog og bedre oppfølging av pasienten, og styrke pasientsikkerheten.

Risiko ved ”shopping” mellom flere behandlere

Det kan oppstå en risiko for pasienter som ”shopper” mellom flere typer behandling. Legene i studien påpekte at ved alvorlige diagnoser er det et sykdomsforløp. Når det ikke blir kontinuitet i behandlingen er det ingen som ser utviklingen, og alvorlig sykdom kan oversees.

”Det er et risikomoment, tenker jeg, med en pasient som ”shopper” mellom flere, at det er ingen som kan følge med og følge utviklingen og se helheten” (Dr Indredal).

Risikoen kan være at pasienten får motstridene råd og plukker av disse etter eget for godtbeholdende. I slike tilfeller er det heller ingen som samkjører kompetansen og kunnskapen om pasienten, slik at det kommer pasienten til nytte.

Denne risikoen fremlegger legene som en generell bekymring, ikke spesielt rettet mot akupunktur.

Hvorfor bruker pasienter akupunktur?

Legene ble spurt om hvilke refleksjoner de har rundt hvorfor pasienter bruker akupunktur.

Legene trekker frem to hovedgrunner til dette. En grunn er knyttet til mangel på tid hos legen, den andre grunnen er når den medisinske behandlingen ”ikke kommer i mål”.

Analysen viser at det kan være når pasienten har en klar diagnose (disease) og medikamentell behandling er forsøkt, men resultatene er ikke blitt som forventet. Medikamentell behandling har ikke hatt den effekten som er ønsket, eller det er mangel på medisiner med god effekt for en lidelse, eller medisineren gir uønskede bivirkninger.

Eventuelt når pasienten har symptomer som skyldes stress, diffuse lidelser eller livsstilutfordringer (illness). Det gjøres ingen biologiske funn, prøver viser at alt er normalt, men pasienten føler seg syk, og legene har lite å tilby (Malterud 2012).

Legene bruker ikke begrepene “illness/ disease”. Jeg velger å bruke det som analytiske grep for å skille mellom de to forklaringene på metaforen ”å ikke komme i mål”, som legene bruker når de forklarer pasienters akupunkturbruk. Det er gjort rede for begrepene “disease/ illness” i metodekapittelet.

Mangel på tid hos legen

Tiden fastleger har til hver pasient er begrenset. Åtte av legene var opptatt av tidsaspektet; Det er mangel på tid i en legekonsultasjon. Dette kan føre til at pasienter blir misfornøyde med konvensjonell medisin og dermed velger alternativt.

”De er misfornøyde med skolemedisinen. Og synes doktoren har for lite tid for pasienten” sier Dr Amundsen.

Under konsultasjonene hos legen går mye tid bort til andre ting enn det som gjør at legen får kontakt med pasienten:

”Og dette hører vi alltid, vi har ikke all verdens tid. Og det er klart, en form for behandling som tar litt tid, du har litt kontakt. Altså, det i seg selv, må jo være positivt for mange, ikke sant? Vi vet jo at veldig masse plager er psykosomatiske, mye skyldes stress, og da vil en rolig, fredelig atmosfære, som går litt over tid, og ikke bare det kvarteret de er inne hos oss, og stresser med blodtrykk og blodsukker og sånne ting, det er klart at det funker på folk” (Dr Holmen).

Flere av legene viste til egne korte konsultasjoner, hvor mye tid går bort i prøvetakning og skriving av henvisninger, gir lite rom for pasientene. De kan komme med stressrelaterte problemer og noen opplever at også legekonsultasjonen i seg selv virker stressende. Mangel på tid kan også gjøre at pasienten ikke får gitt uttrykk for det egentlige problemet.

En av legene viste til forskning som viser hvor lite pasienten slipper til under en legekonsultasjon. Doktoren styrer 80 % av konsultasjonen og pasienten får 20 % til å formidle det som er viktig for pasienten:

”Det burde være omvendt. Så du kan si at slik som allmennmedisinen fungerer for oss i dag, så er det jo vanskelig for pasienten å få budskapet sitt ordentlig frem fordi man blir avbrutt. Da sier man da gjør vi det, så henviser vi til røntgen og så får vi ta noe annet ved neste anledning. Og så blir man i grunnen avspist, og det er ikke få av disse pasientene som da velger å gå alternativt, mens de i høyeste grad burde valgt både og” (Dr Jacobsen).

Pasienten får ikke formidlet det budskapet han kommer med når legen styrer det meste av konsultasjonen. Det gripes kanskje bare fatt i ett av pasientens problemer. Dette kan føre til at helheten pasienten kommer med forsvinner. Dermed har de ikke fått den hjelpen de var ute etter. Det er i slike tilfeller legene i studien mente pasienter kan velge alternative behandlingsformer som akupunktur.

Dr Jacobsen påpekte at noe av det viktigste i allmennmedisin er at pasienten må få tid, og anledning, til å fortelle om det viktigste:

”Og dermed har jeg i veiledningssammenheng sagt at når man kommer inn har man et budskap, men du må lytte, slik at dette som kanskje var det viktigste ikke blir borte. Eller kanskje kommer ut i det pasienten går ut av døren. Og når pasienten går ut av døren med det viktigste, så går man sannsynligvis ikke tilbake til doktoren med problemet, men da snur man seg rundt og ser hvor kan jeg få hjelp til det det egentlig dreier seg om” (Dr Jacobsen).

Hvis pasienten ikke får formidlet det som er viktig for ham, kan det være at det ikke er legen han henvender seg til neste gang. Pasienten vil lete etter noen som har tid til å lytte. Legene må lære å lytte til pasienten slik at budskapet pasienten kommer med blir hørt, som Dr Jacobsen påpekte. Mangel på tid og det å ikke bli hørt, kan føre til at pasienter over i det alternative.

To av legene, Dr Borg og Dr Carlsen, som begge har fått akupunktur av vestlig type, mente ikke tid er avgjørende for at pasienter velger å bruke akupunktur. ”Jeg tror ikke dere har det” sa Dr Borg og fortalte om sin egen erfaring med akupunktur (vestlig akupunktur). Det tok svært kort tid. Han ser på tidsfaktoren generelt som viktig: ”Jeg tror at placeboeffekten økes og fortvilelsen lindres av at terapeuten har tid”, men knytter ikke dette spesielt opp mot akupunktur.

Å ikke komme i mål ved ”diseases”

Legene forklarte at det er ”når vi ikke kommer i mål” med konvensjonell medisin at pasienter enten blir anbefalt akupunktur eller bruker det på eget initiativ.

Legene understrekte at det er ikke slik at pasienter skal få medikamentell behandling for en hver pris. Hvis pasienten kan klare seg uten medisiner er det en fordel.

”Og vi liker jo ikke å bruke medisiner. Det er jo ikke slik at vi hiver medisiner etter folk. Så hvis andre ting fungerer bedre enn det, så er jo det langt å foretrekke. Hvis du kan få pasienter bort fra tøffe smertestillende ved å bruke akupunktur eller annen behandling, topp! Det sier seg selv det” (Dr Holmen).

Studien viser også at når man kommer i mål med konvensjonell medisin, mente legene det ikke er aktuelt å anbefale akupunktur. En lege viste til diagnoser, hvor han tidligere anbefalte akupunktur, nå kommer i mål med nye medisiner og derfor ikke lenger anbefaler akupunktur:

”Når det gjelder gastritter og refluksøsofagitter, der har vi så gode medisiner i dag, med lite bivirkninger, så jeg har nok henvist mer til akupunktur for sånne diagnoser tidligere” (Dr Amundsen).

Å ikke komme i mål ved ”Illness”

Stress og livsstilorienterte lidelser har ikke en klar etiologi, det gir mangel på målbare funn og dermed vanskelig å gi en diagnose. Uten en klar diagnose blir det vanskelig å finne en institusjonell og standardisert foreskrevet løsning på pasientens problem. Pasientene har en ”illness”, men undersøkelser og prøver viser bare at de *ikke* har en ”disease”.

Pasienter med symptomer som skyldes livsstilssykdommer og stress er, i følge legene i studien, en utfordring. Noen av disse pasientene må først overbevises om at de ikke er alvorlig syke og det er ”ganske krevende, for mange er ekstremt dårlig når de kommer”.

Legene fortalte at det kan ta lang tid å utrede og avklare at det ikke er f eks alvorlige nevrologiske lidelser eller kreft som er underliggende årsak til symptomene.

Ved slike tilfeller forklarte legene at de har lite å tilby. Pasienten har, med sitt levde liv, ”kjørt seg selv i senk” og pådratt seg komplekse problemer:

”Problemstillinger kan være mer komplekse, det kan være psykosomatikk og spenninger og stress og ting hvor pasienten ofte er mer redd for en alvorlig somatisk lidelse da, hvor vi på en måte kan avkrefte det, men at det hjelper jo ikke bare å vite at det ikke er kreft, man er like spent og har vondt i kroppen, og da kan akupunktur være et av flere alternativ for å prøve og få til en avspenning eller mestring av stresset” (Dr Indredal).

Legene fortalte at selv om pasienten har fått avkrefte alvorlige sykdom er ikke plagene blitt borte av den grunn, de er fremdeles syke. I slike situasjoner kan noen pasienter føle at de ikke blir hørt. De har diffuse plager som er vanskelig å behandle:

”Det er jo disse diffuse plagene som vi ikke alltid er så flinke til å hjelpe folk med. De føler at de snakker til oss for litt tomme ører. Vi sier vi tar prøver og undersøker, så finner vi ikke noe. Og da har vi egentlig ikke noen gode remedier annet enn litt betennelsesdempende dann og vann. Og så vil de søke svar andre steder.” (Dr Carlsen).

Legene viste igjen til allmennpraktikerens viktigste oppgave; å utrede pasienten for å avkrefte eller bekrefte alvorlig underliggende sykdom. Når det er gjort og symptomene fastslås til å være av en karakter hvor medisinen har lite å tilby, blir legene satt på prøve:

”Fryktelig mye av dagens utfordringer, rent medisinsk sett, så er det veldig, veldig få ting som på en måte har en årsak og en behandling og så er det bra, det er kanskje en lungebetennelse, så får du antibiotika, så er du faktisk blitt kvitt årsaken. Men det meste av andre ting...” (Dr Evensen).

En klar årsak ligger til grunn for behandling i form av medikamenter, inngrep eller sykmelding. Men ved tilstander hvor det ikke finnes en klar årsak har man heller ingen behandlingsstrategi. Dermed er det lite igjen for medisinen:

”Sånn sett er det veldig lite medisin igjen. Det er ikke så ofte vi behandler så mye. Det er ikke så mye alvorlig sykdom blant folk lenger, det er stress og andre lidelser som tar tyngden” (Dr Indredal).

Det er i slike tilfeller, hvor det er ”lite medisin igjen” pasienten etterspør alternativer, og enten selv søker etter løsninger, eller blir anbefalt akupunktur av legen.

Hvordan forholder legene seg til pasienter som bruker akupunktur?

For å få svar på problemstillingens spørsmål om hvordan legene forholder seg til pasienters bruk av akupunktur var det vesentlig å utforske hvordan legene vet *at* pasientene bruker akupunktur eller annen alternativ behandling. Derfor ble alle legene ble spurt om de spør om dette, og om det er et tema som kommer naturlig opp i løpet av konsultasjonen.

Legene delte seg i to hovedkategorier når jeg spurte om hvordan de kommuniserer med pasientene om akupunktur og hvordan de forholder seg til pasienters akupunkturbruk.

Begrepet forholde seg til, forstår jeg som hvordan legene stiller seg til bruk av akupunktur, og hvordan de kommuniserer med pasienter som bruker akupunktur.

Under dette temaet ble to typer legeroller analysert frem. Disse har jeg kalt ”Den tradisjonelle lege” og ”Brobyggeren”. Det er mine konstruksjoner som bygger på tendensene jeg har analysert frem.

Den tradisjonelle legen vil jeg definere som tilhørende en biomedisinsk modell; en lege med en biomedisinsk forståelse i sin kliniske kommunikasjon. Dette er i tråd med det Hall og kolleger definerer som en tradisjonell kommunikasjonsmåte; instrumentell, basert på å løse pasientens problemer via den ekspertisen legen har, og som pasienten tross alt oppsøker (Hall, Roter og Katz 1987). To av legene er plassert innunder denne biomedisinske modellen.

Den brobyggende legen definerer jeg innunder den sosiale modellen, med en mer biopsykososial forståelse i den kliniske kommunikasjonen med pasienter. Disse legene beskrev seg selv som «åpne» i kommunikasjonen med pasientene. Alternativ behandling ble ofte et tema under konsultasjonen. De vil vite om pasienten bruker alternative behandlingsformer og kan derfor spørre om dette. De ser etter løsninger utenfor egen profesjon når de ikke kommer i mål med konvensjonell medisin. Det er disse legene som anbefaler akupunktur.

Jeg har kalt dem brobyggere, fordi de ser at pasienten kan ha nytte av så forskjellige behandlingsmodeller som konvensjonell medisin og akupunktur.

Jeg har i metodekapittelet gjort rede for både den biomedisinske og den sosiale modellen, og plassert dem innenfor henholdsvis det positivistiske og det hermeneutisk/ interaksjonistiske vitenskapelige paradigmet.

Launsø og Rieper referer til behandlingsmodeller som tilhører ulike paradigmer, har forskjellig forståelse av fire komponenter; sykdomsforståelse, diagnosetilnærming, behandlingsmetode og forventet utbytte av behandlingen (Launsø og Rieper 2005).

Begrepet ”brobygging” er inspirert av en artikkel fra 2006 av Gamst og kolleger, om brobygging i form av et interdisiplinært samarbeid mellom konvensjonell medisin og alternativ behandling. De brobyggende legene kan sammen med pasientene se etter løsninger også utenfor konvensjonell medisin.

Brobyggerne samarbeider ikke direkte, men kan ha et parallellfaglig samarbeid med akupunktører. Det vil si at de kjenner til at pasienten bruker akupunktur, eller har anbefalt akupunktur generelt selv, men behandlingen skjer uavhengig av hverandre.

Den tradisjonelle lege: "Det spiller ingen rolle"

To leger er plassert i kategorien "tradisjonell lege". Dette er de to legene som svarte nei på spørsmålet om de hadde kunnskap om akupunktur.

På spørsmål om han har spurt pasienten om bruk av alternativ behandling svarte Dr Borg slik:

"Nei, det tror jeg vel ikke at jeg har gjort. Nei, det gjør jeg vel ikke. Like lite som jeg ville spurt om en som kom med et hjerteproblem om vedkommende allerede har vært hos kardiolog. Eller vært hos andre behandlere, det... Nei, jeg tror ikke jeg har spurt om det" (Dr Borg).

Han spør verken om alternativ behandling eller annen behandling innenfor konvensjonell medisin.

Dr Borg får derfor kun informasjon om akupunktur eller annen alternativ behandling hvis pasientene uoppfordret forteller om det. Han sa det er mange som forteller at de har fått akupunktur. Men informasjon om alternative behandlingsformer kan komme "litt smygende", og siden den kommer smygende tippet Dr Borg at slik informasjon blir holdt tilbake og at pasientene lurer på hva han synes om det. "Det er jo ikke til å legge skjul på at en og annen skolemedisiner er skeptisk til alternativ behandling" sier han, og derfor kan den informasjonen "sitte litt dypt".

Informasjon om akupunkturbruk er ikke viktig i seg selv, men Dr Borg påpekte at det er viktig for ham at pasienten føler seg ivaretatt, både av ham selv og av andre behandlere. Hvis pasienten føler seg godt ivaretatt hos en alternativ behandler, så er det "greit at jeg vet det". Dr Borg anbefaler ikke akupunktur. Han fortalte at mangel på kunnskap om akupunktur, gjør at det ikke blir riktig for ham som lege å anbefale akupunktur. "Det hadde nesten blitt som en henvisning, og for å henvise til noe, må man vite hva det er". Hvis akupunktur skal være et supplement til konvensjonell medisin, må legene lære noe om det, mente Dr Borg. Dersom pasienten spør om hans mening sier han at han vil svare: "Det er ikke så dumt, prøv det".

"Jeg vet jo ikke om alle disse som ikke sier fra" fortalte den andre "tradisjonelle" legen, Dr Carlsen. Informasjon om alternativ behandling kommer når pasienten "melder det selv". På spørsmål om han har noen tanker om at pasientene kan synes det er vanskelig å fortelle om det svarte han:

"Det vil jeg tippe. For de kommer til deg med en annen profesjon og er redd for at det skal komme i konflikt med det. Jeg tror at mange føler at de skal bli sanksjonert. Eller at de skal få noen nedlatende ord i forhold til det. Tror jeg." (Dr Carlsen).

Dr Carlsen påpekte at han gir medisinsk behandling og tar ikke stilling til eventuell bruk av alternativ behandling. Hvis pasientene bruker eller spør om råd angående akupunktur eller annen alternativ behandling, fortalte Dr Carlsen at han sier til pasientene sine at han som lege gjør det han kan, og hvis pasienten velger noe annet, så ligger det utenfor hans profesjon og kunnskapsområde. Han kan ikke nok om akupunktur til å gi råd, dette må pasienten prøve ut det på egen hånd. Han anbefaler ikke akupunktur, men motsetter seg ikke at pasienter bruker det.

”Hvis det funker for deg er det uvesentlig for deg hva jeg synes om det. Jeg sier til dem at det spiller ingen rolle” (Dr Carlsen).

Hvis pasientene synes akupunktur fungerer ser ikke Dr Carlsen grunn til å be dem slutte. Han ser heller ingen motstridende interesser mellom akupunktur og konvensjonell medisin. Han sa mange tar det regelmessig og han har sett det har god effekt ved smerteproblematikk.

Hos de to ”tradisjonelle” legene må pasientene selv fortelle om alternativ behandling. Disse legene synes ikke slik informasjon er nødvendig å få frem. Det blir heller ikke journalført. De verken tilråder eller fraråder bruk av akupunktur, men aksepterer at pasienten bruker det. Slik forholder de seg i liten grad til pasienters bruk av akupunktur.

De ”tradisjonelle” legene mener at hver behandler må ta ansvar for sin behandling. De tar derfor ansvaret for sin egen behandling, ikke den behandlingen gitt av andre:

«Jeg! Legen! Legen har det medisinske ansvar, men legen har ikke ansvar for den behandlingen som er gitt av andre. Det er uavhengig av hvem de andre er» (Dr Borg).

De gir ikke råd til pasientene om akupunktur, derfor er det heller ingen rådgiving å ta ansvar for.

Den brobyggende lege: ”Vi skal ikke ha monopol på folks helse”

De brobyggende legene har en annen forståelse og utøvelse av legerollen enn de tradisjonelle legene. De forholder seg til at pasienter bruker et større spekter av behandling enn bare konvensjonell medisin:

”Vi skal ikke monopol på folks helse. Det er alt for mange fastleger som mener det. Det synes jeg er noe forbannede tøv. Vi vet jo at det er vanvittige mange tilstander vi ikke greier å helbrede. Og vi vet at folk går til alternative utøvere og får hjelp” (Dr Amundsen).

Derfor kan alternativ behandling bli et tema under konsultasjonen.

Dr Amundsen, Dr Gran og Dr Fasting fortalte at de pleier å spørre pasientene om de bruker alternativ behandling. Disse legene syntes det er vesentlig å vite hvilke typer alternativ behandling pasienten bruker/ har brukt.

Dr Evensen, som arbeider ved et tverrfaglig senter, fortalte at hun spør om pasienten bruker alternativ behandling. Men hun har i tillegg en stilling ved en bedriftshelsetjeneste, hvor hun ikke spør pasientene om slik bruk. Der blir alternativ behandling sjeldent et tema. Når hun blir spurt om hun har inntrykk av at pasientene forteller mer åpent om bruk av alternativ behandling i det tverrfaglige senteret, svarer hun slik:

”Men det har med å gjøre at jeg jobber her hvor jeg gjør så de skjønner at det er en viss åpenhet for det. For det har du faktisk rett i, for folk forteller meg det mye mer nå, rett og slett. Det stemmer det”. (Dr Evensen)

Dette kan tyde på at der pasientene forstår at det er en åpenhet for alternativ behandling, forteller de lettere om hva de bruker.

De andre brobyggende legene vet om pasienten bruker akupunktur eller annen alternativ behandling, enten fordi legene spør eller fordi pasientene forteller det selv. Ingen av legene spør direkte om pasientene har brukt/ bruker akupunktur eller alternativ behandling. Legene stiller åpne spørsmål som går i retning av om pasientene har ”brukt andre ting” eller ”hva har du prøvd av behandling?”

Alle legene i denne kategorien tror selv at deres egne pasienter ikke synes det er vanskelig å fortelle dem om bruk av akupunktur. Legene beskriver seg selv som ”åpne” i kommunikasjonen med pasientene og sier de er trygge på at bruk av akupunktur er et tema som pasient og lege snakker fritt om.

Dr Holmen svarer slik når han blir spurt om hvordan han vet at pasienten bruker akupunktur:

”Nei, de bare sier de, ikke sant. Men ofte spør jeg hva har du prøvd av behandling, eller hva går du til av behandling, hvilke medisiner står du på eller går du til kiropraktor eller fysioterapeut eller akupunktur, så ofte får vi beskjed fra pasienten at de gjør det. Eller vi anbefaler det.”

Når Dr Holmen blir spurt om han har inntrykk av at pasientene uoppfordret forteller om bruk av akupunktur svarer han:

”Ja, det gjør de. Du tenker på om de underslår det? Det gjør de ikke. Det er ikke sånn at de holder det for seg selv og tenker at jeg sitter og tenker at det ikke er bra. Det har jeg aldri opplevd. Det er jeg helt sikker på at det ikke er. Altså, det er jo ”mainstream”, i hvert fall i min verden. Jeg tenker på det som det, at det er ingen pasienter som skjuler det for meg.”

Felles for de brobyggende legene er at de tror pasientene forteller åpent om akupunkturbruk. Men når det gjelder andre alternative behandlingsformer kan det tyde på at pasientene ikke uoppfordret forteller om dette. Dialogen med Dr Indredal gir et eksempel på hvordan legene svarte på spørsmålet om hvordan de vet at pasientene bruker akupunktur eller annen alternativ behandling:

Dr Indredal: "Det hender jeg spør om de har prøvd andre ting. Hvis de er ærlige, får jeg vite det på den måten. Eller noen sier det selv. Om det er andre som holder det skjult, det aner jeg ikke."

Intervjuer: "Men pleier du å spørre?"

Dr Indredal: "Ja, altså, når jeg er i gang med behandling, syns jeg de er ganske åpne om hva de ønsker og hva de prøver av behandling for å bli friske igjen".

Intervjuer: "Har du inntrykk av at pasientene dine forteller deg det lett?"

Dr Indredal: "Ja. Det er ikke noe hemmelig eller hemmelighetskremmeri rundt det, eller skam eller. Nei det tror jeg ikke."

Intervjuer: "Men har du noen tanker om at pasienter kan synes det er vanskelig å fortelle om det?"

Dr Indredal: "Nei, jeg har ikke det inntrykket. Jeg har vel inntrykk av at akupunktur er såpass stuerent at folk ikke kvier seg til å fortelle om det."

Intervjuer: "Hva med andre alternative behandlingsformer?"

Dr Indredal: "Det kan nok være andre ting, at folk kvier seg for å fortelle om andre ting. Eller at det kommer frem lenge etterpå, at de har hatt parallelløp da, i utredning, eller brukt..."

Intervjuer: "Noe som du ikke har visst om før?"

Dr Indredal: "Nei, som ikke kommer frem før, for de ville se om det virket først. Før de ville fortelle om det. Det kan jo noen ganger være naturmedisinpreparater og det kan jo være direkte skummelt. Eller du prøver å spørre, og få ut av dem, og så kommer det frem etterpå at; "Nei, så hadde jeg disse her", men det er jo bare noe som ikke tillegges vekt av pasienten da."

Som samtalen viser kan det tyde på at det er betydelig vanskeligere å få informasjon om andre alternative behandlingsformer/ naturpreparater enn å få informasjon om akupunktur. Selv når legen prøver å spørre kommer ikke alltid slik informasjon frem. Som Dr Indredal sa kan det være at pasienten ville se om det virket først, eller pasienten syns ikke det var informasjon av betydning, eller fordi som Dr Holmen foreslo: "Fordi de er redd doktoren skal si at dette her er bare noe tull, dette er humbug eller juks."

Legene syns informasjon om hvilke typer behandling pasientene bruker er viktig å få frem:

"Jo, for da vet vi hvilken behandling pasienten har, vi kan jo ha anbefalt det, vi henviser jo ikke til det, det finnes jo masse andre former for behandling. Så hvis vi bare skulle ha oversikt over hva vi henviser til, da ville det vært veldig begrenset, da ville det vært medisiner og fysioterapi. Men pasienter bruker jo en hel haug andre ting. Akupunktører, naprapater og osteopater og sånne ting, og dermed må vi vite om det for å få det i vår journal, ikke sant?" (Dr Holmen).

Pasienter kan bruke andre behandlingsformer enn det legene har henvist til. Kunnskap om hva som er brukt før, og hva pasienten bruker nå er vesentlig. Det, sier legene, gir dem et helhetlig bilde av pasienten. Opplysningene blir ikke konsekvent, men ofte journalført. Det kan f.eks. brukes som dokumentasjon overfor NAV:

”Hvis det for eksempel er trygdesaker da, så bruker jeg det som en del av at pasienten har forsøkt diverse former for behandling, og så ramser jeg opp, inkludert akupunktur” (Dr Holmen).

Dr Dahl er den eneste av de brobyggende legene som ikke spør om pasienten bruker akupunktur eller annen alternativ behandling. Han mener bruk av alternativ behandling er en ”privatsak”.

Pasientene har frihet til selv å bestemme hvilken behandling de vil bruke, fortalte Dr Dahl, og mente det er urealistisk å tro at pasienten bare forholder seg til fastlegen. Dr Dahl beskriver seg som en lege som er ”åpen for alternativer” og hans inntrykk er at pasientene forteller ham om hva de bruker av alternativ behandling.

Diskusjon rundt, og rådgiving om, akupunktur kommer frem ved situasjoner hvor ”man ikke helt vet hva man skal gjøre for pasienten”. Enten fordi Dr Dahl selv, eller pasienten tar det opp. Hvis det er pasienten som forslår å prøve akupunktur ”så lar jeg dem prøve det, for å si det sånn. Av og til er det kanskje jeg som har foreslått at de kunne prøve det”.

Dr Dahl poengterte at nettopp fordi han har kunnskap og er «åpen» til alternativ behandling har han den legitimiteten som er nødvendig for å argumentere for konvensjonell medisin der han synes det er nødvendig, slik at:

«Folk som er alternative, veldig alternative, da kanskje kan høre på meg når jeg anbefaler skolemedisin, der jeg synes det trengs. Og bli hørt».

Når legene snakker om å anbefale akupunktur kommer spørsmålet om en offentlig godkjenning opp, for å kunne sikre seg at akupunktøren de anbefaler har rette kvalifikasjoner. Siden legene ikke vet hvilke akupunktører som er kvalifiserte anbefaler de akupunktur på et generelt nivå.

Noen av legene kan anbefale konkrete akupunktører i lokalmiljøet som de kjenner til, har god erfaring med og som de tror er kvalifiserte. Det er viktig å være trygg på hvem de kan anbefale:

«Jeg vil jo veldig gjerne føle meg trygg på at jeg henviser til riktige personer. Det er den biten der hvor lang utdanning og erfaring vedkommende har, som jeg synes er mangelfull for min del. Det ville jeg kanskje visst mer om, da kunne jeg selvfølgelig anbefale det i mye større grad.» (Dr Fasting).

Legene ble spurt om hvem som har det medisinske ansvaret for pasienter som bruker både konvensjonell medisin og akupunktur. Som nevnt i innledningskapittelet er ansvaret for den alternative behandlingen hos den alternative utøveren, men leger kan bli ansvarlig også for rådgivningen av alternativ behandling dersom det henvises til slik behandling eller gis konkrete råd om å oppsøke alternativ behandling, i følge Loven om alternativ behandling av 1. januar 2004.

Det kan oppstå «gråsoner» om hvordan den alternative behandlingen har oppstått. Spørsmålet er om legen vet om denne bruken eller ikke.

«Hvis det et samarbeid som jeg har satt i gang, så mener jeg at det, på en måte, ytterst er mitt ansvar også. Men hvis det er... en hver terapeut har jo et eget ansvar for sin behandling, men det er litt, noen gråsoner hvordan det hele har oppstått. Om dette er liksom kommer fra mine spesifikke råd og... så har jeg et betydelig større ansvar enn om det er noe jeg visste om eller ikke» (Dr Gran).

Men når legene har kommet med spesifikke råd og anbefaler akupunktur tar de, i følge de brobyggende legene, ansvar.

Er det et poeng i at akupunktur og annen alternativ behandling gir anledning til å ta et aktivt grep om egen helse?

Bakgrunnen for at dette spørsmålet ble stilt er at tidligere studier viser at pasienter gjerne vil være med å både ta stilling til og ha kontroll med egen behandling. En aktiv pasient tar bevisste behandlingsvalg som gjør ham i bedre stand til å bli frisk, eller leve bedre med sykdommen sin. Pasientene ønsker å ta aktive grep for å bedre egen helse og ser på akupunktur og annen alternativ behandling som en mulighet for dette.

Innledningsvis ble legene fortalt nettopp dette og at et argument pasienter har for bruk av akupunktur og annen alternativ behandling er at pasienten selv tar et aktivt grep om egen helse og at det fordrer en egeninnsats. Spørsmålet var om det er et poeng når pasientene er opptatt av å egeninnsats i forhold til egen helse? Svarene på dette spørsmålet kan også si noe om hvordan legene forholder seg til pasienter som bruker akupunktur.

Også her spriker synspunktene mellom den tradisjonelle legen og brobyggeren.

«Hylende uenig»

De to tradisjonelle legene protesterte mot at det er et poeng i at akupunktur eller annen alternativ behandling gir anledning til å ta et aktivt grep om egen helse og fordrer en egeninnsats. De mener selv de oppfordrer til aktive grep om egen helse:

«Jeg vil jo være hylende uenig i at fastlegepraksis ikke..., at en fastlege i jobb ikke oppfordrer til det. Altså, det finnes en egen takst for at jeg skal få en pasient til å

slutte og røyke. Det finnes en takst for at jeg skal legge opp et treningsopplegg. Vi snakker jo vekt og trening. Det er tre ting, tenker jeg, som den jevne nordmann kan gjøre for å bedre sin helse og det er å la være å røyke, begynne å trene. Og det er å passe på dietten sin og gå ned i vekt. Jeg tror ikke dere har monopol på det der. Så jeg tror ikke det er noe skille der» (Dr Borg).

Det kan forstås som at begge disse legene oppfattet spørsmålet slik at det er en motsetning mellom det den konvensjonelle medisinen står for og alternativ behandling når det gjelder å oppfordre til å gjøre slike aktive grep. Alternative behandlingsformer har, som Dr Borg mente, ikke monopol på å oppfordre pasienter til å ta aktive grep rundt egen helse for å bli friske. Disse to legene mente at også fastleger oppfordrer til det. At forskningen viser at det er pasientene som har klare meninger og standpunkter i forhold til å ta aktivt grep om egen helse blir motsagt:

«Det tror jeg er bare er en sånn flaggegreie. Jeg pleier å si at sånn at hvis folk hadde gjort noe virkelig med helsa si, så kunne vi dimittert halvparten av de norske doktorere. Passet på vekten sin, sluttet å røyke, moderat med alkohol, levd litt sunnere. Så jeg opplever at folk er veldig lite....Det er jo selvfølgelig forskjell på det også, men de fleste vil gjerne ha en tablett for et eller annet. At vi skal løse det her, de skal ikke gjøre noe selv» (Dr Carlsen).

Dr Carlsen fortalte at pasienter flest har det han omtalte som en «laissez-faire» (la det skure) holdning til egen helse. Han mente at selv å få pasienter til å ta medisin som foreskrevet er problematisk: «En av tre tar blodtrykksmedisinen sin som foreskrevet». Derfor opplever han det å oppfordre sine pasienter å gjøre til aktive grep om egen helse som vanskelig. Når han setter kortisonsprøyter ved muskel/ skjelettlidelser kan han samtidig si til pasienten «det er ikke dette som får deg ut av uføret, det er jo egeninnsatsen». Når han blir spurt om pasientene da hører på ham svarer han «Nei».

De tradisjonelle legene poengterer at de oppfordrer pasienter til å ta aktive grep om egen helse, men pasientene forventer at legene skal løse problemet ved å gi dem medikamenter, uten at de skal gjøre noe selv.

Dette kan tolkes som at legene tror pasientene ser på legekonsultasjonene som en bestiller/ utfører modell.

«Det er et kjempegodt poeng»

De brobyggende legene ser ikke en motsetning mellom akupunktur og konvensjonell medisin når det gjelder å oppmuntre til å ta aktivt grep om egen helse. De både oppmuntrer pasienten til egeninnsats og støtter aktive grep som akupunkturbruk. De er enige i at dette er et poeng:

«Ja, jeg er helt enig. Fordi det verste er og sitte hjemme og tenke på hvor jeg har vondt eller hva lider jeg av. Det beste er å gå og gjøre noe med det. Og selve aktiviteten og deltagelse i behandling er veldig viktig. Ikke bare ta piller og håpe at det hjelper» (Dr Gran).

Medikamentell behandling og sykemelding gjør ikke nødvendigvis pasienten fort frisk. Men pasientene trenger å vite hvilke muligheter som finnes:

«Men jeg tror at mye av det pasienten trenger å få er: hvilke muligheter er det jeg har? Hva er den beste behandlingen? Som jeg kan oppnå? Og som jeg må legge min sjel inn i og gjøre noe med, mer enn at doktoren har skrevet ut en resept» (Dr Jacobsen).

Rådgeving rundt hva pasienten selv kan gjøre for å bedre sin egen helse, blir derfor viktig. De brobyggende legene forholder seg aktivt til pasienter som ønsker å gjøre en egeninnsats og støtter pasienter i valgene. De bygger bro mellom konvensjonell medisin og komplementære behandlingsformer som akupunktur.

Flere av legene snakket om hvilke forventninger pasienter har til en legekonsultasjon. De forventer å få en tablett, som Dr Carlsen påpekte. Og som Dr Indredal utdyper:

«Utfordringen vår er at vi ikke får trigget dem til å ta det aktive grepet, for det er jo ofte det som må til. Mange har en bestiller/ utfører-modell når de kommer, de forventer på en måte å få løsningen og hjelpen som skal til for å bli bra. Så det er vel den viktigste jobben vi gjør: å få folk til og ta grep om sin egen helse».

«Man være i stand til å akseptere at det finnes andre behandlingsmetoder som kan hjelpe» sier Dr Fasting. Hvis man kan oppnå at pasienter får lindring, bedre livskvalitet og kortere sykefravær ved akupunktur, avlaster dette henne som fastlege.

Når legen har brukt alle muligheter og ikke kan hjelpe mer med konvensjonell medisin:

«hjelper det ikke å komme til meg for femte eller sjette gang på kort tid» forteller Dr. Gran som derfor samarbeider med TKM-akupunktør og anbefaler bruk av akupunktur. Et samarbeid med fysioterapeut og TKM-akupunktør om pasienter med ryggsmarter ga god effekt og førte til kortere sykemelding:

«Og de (pasientene) var veldig fort tilbake på jobb. Som jeg kunne vurdere var det kanskje to måneder mindre med sykemelding i forhold til andre pasienter med samme tilstand» (Dr Gran).

Bortsett fra en lege, som ikke har tenkt på det slik, ser legene i studien på akupunkturbruk som en avlastning for helsevesenet, når de blir spurt direkte om dette.

«Vi trenger mer kunnskap»

Alle legene i studien mener selv de trenger mer kunnskap om akupunktur. De har en forståelse av akupunkturfaget, men vil gjerne ha mer kunnskap om hvordan akupunktur kan brukes. Dette mener de bør inn på legestudiet. Ikke for å lære å praktisere akupunktur selv, men for å lære mer om hvilke diagnoser som kan ha god effekt av akupunktur. Dr Borg oppsummerer det slik:

«Hvem skal ha akupunktur? Hvem skal ikke ha akupunktur? Når er det kontraindisert? Er det kontraindisert? Hvem skal særlig ha akupunktur? Det tipper jeg ikke tar så himla mye tid. Det kunne vært under fysikalskmedisinbiten eller nevrologibiten, men det bør være en del av legeutdannelsen. Det er jo nesten arrogant at medisinstudiet ikke rommer 5-6 forelesninger om akupunktur».

Mer kunnskap vil gjøre det lettere å forholde seg til pasienters bruk av akupunktur. Det blir enklere å gi kvalifiserte råd til pasienter, og vil gjøre legene tryggere i når akupunktur kan anbefales som supplement til konvensjonell medisin.

Oppsummering av hovedtrekkene i resultatene

I dette kapittelet har vi sett at legene i studien ser på akupunktur som en komplementær behandlingsform i en mellomposisjon mellom konvensjonell medisin og annen alternativ behandling, og ser for seg flere bruksområder for akupunktur i fremtiden.

Studien viser at legene vurderer akupunkturbehandling som forsvarlig og lite risikofylt når akupunktøren er kvalifisert, pasienten er godt utredet av lege og akupunktøren vet hva problemet er, og pasienten ikke ”shopper” mellom behandlere.

For å bedre pasientsikkerheten ved akupunkturbruk etterlyses det en kvalitetssikring av akupunktører og en mulighet for å kunne henviser til akupunktur.

Som forklaring på hvorfor pasienter som oppsøker akupunktør trodde åtte av legene tidsfaktoren er viktig. To mente det ikke har betydning.

Legene i studien mener pasienter oppsøker akupunktur når man ”ikke kommer i mål” med konvensjonell behandling. Enten fordi pasienten har ”disease” hvor medikamentell behandling ikke har den ønskede effekten, eller fordi pasienten har en ”illness” hvor konvensjonell medisin har lite å tilby.

De ”tradisjonelle” legene, som er definert som tilhørende en biomedisinsk modell; en lege med en biomedisinsk forståelse i sin kliniske kommunikasjon, lar pasientene selv fortelle om alternativ behandling. De syns ikke slik informasjon er nødvendig å få frem, og det blir ikke

journalført. De verken tilråder eller fraråder bruk av akupunktur, men aksepterer at pasienten bruker det. Slik forholder de seg i liten grad til pasienters bruk av akupunktur.

De ”brobyggende” legene, definert innunder den sosiale modellen, med en mer biopsykososial forståelse i den kliniske kommunikasjonen med pasienter, både spør om og forholder seg aktivt til om pasientene bruker akupunktur eller annen alternativ behandling. De mener selv de har nok kunnskap om akupunktur til å gi råd og kan anbefale akupunktur. Alle legene i studien mener selv de trenger mer kunnskap om akupunktur.

4 Teoretisk analyse og diskusjon

I forrige kapittel presenterte jeg resultatene fra undersøkelsen. I dette kapittelet vil jeg først gjøre en teoretisk analyse og diskusjon av hovedtrekkene i resultatene med utgangspunkt i Bourdieus feltteori. Jeg vil drøfte om hans teorier kan være et godt vitenskapelig verktøy for å utforske hvordan leger forstår, forklarer og forholder seg til pasienters bruk av akupunktur. Først legges frem en kort innføring i Bourdieus begreper om habitus, kapital og felt. Begrepene er teoretiske og får først et innhold når de brukes. De kan heller ikke defineres uavhengig av hverandre. Det er forskeren som definerer hva som ligger i begrepene ut fra hva forskeren ønsker å utforske. Underveis vil resultatene bli diskutert opp mot relevant forskning.

Bourdieu legger vekt på å historisere feltet som utforskes. Gitt omfanget av denne oppgaven vil jeg argumentere for at beskrivelsen av den epistemologiske plasseringen av konvensjonell medisin og akupunktur i metodekapittelet gir grunnlag nok til å benytte feltteorien (Bourdieu og Wacquant 1993).

Bourdieus begreper

Habitus

Begrepet er sentralt i Bourdieus teorier. Kort fortalt kan man si at det dreier seg om at mennesker fødes inn i og vokser opp under objektive sosiale strukturer som de erverver og kroppsliggjør, og at disse ytre strukturer blir til indre strukturer, som påvirker hvordan vi tolker og inndeler verden. Kort sagt blir disse indre strukturer tillærte tanker og adferdsmønstre, som utgjør vår habitus. Slik formes våre disposisjoner for å oppfatte, vurdere og handle, både som enkeltindivider og i grupper. Habitus er ikke medfødt, men en sosialt og kulturelt utviklet kompetanse. Samfunnet former habitus gjennom å prege oss med måter å tolke og forstå verden på. Men habitus former også verden ved å handle i tråd med de perspektivene samfunnet har preget inn i oss. Habitus kan beskrives som en kontinuerlig prosess. Den allerede etablerte habitus strukturerer alle erfaringer. På samme tid virker erfaringene tilbake som en restrukturerende prosess på habitus. Begrepet kan benyttes til å analysere relasjoner mellom individer og hvordan det påvirker deres valg og hvordan individet kan posisjonere seg selv. Den enkeltes habitus er preget av den dominerende habitus i den gruppen de tilhører og skaper felles perspektiver på hvordan verden oppfattes

og på egen selvforståelse (Bourdieu & Wacquant 1993). En lege vil derfor besitte det medisinske feltets habitus, mens en akupunktør besitter akupunkturfeltets habitus.

Habitus kan bidra til å opprettholde maktstrukturer i samfunnet. Det vi tror er frie valg og handlinger er styrt av hvilke valg og handlinger som er mulige, og som blir akseptert, i det sosiale rom (felt) vi opererer i (Bourdieu 1995).

Bourdieu betegner mennesker som agenter. Begrepet er et aspekt ved habitus, og er det handlende menneske, og som er en del av praksis-sammenhenger, med en historie som gjør ham disponert for å te seg og handle på visse måter innenfor disse gitte sammenhengene (Bourdieu og Wacquant 1996).

Kapital

Bourdieu's kapitalbegrep peker på verdier og ressurser som ulike agenter har tilgang til og som gjør en posisjonering mulig, innenfor et sosialt system (felt).

Formene for kapital er kulturell kapital, som opparbeides gjennom oppvekst og utdanning.

Dette er knyttet til kunnskap, språk og mestre finkultur og sosiale koder og regler for oppførsel. Utdanningskapital kan være i form av høy akademisk utdanning, mens økonomisk kapital er penger eller tilganger som kan konverteres til penger og materiell rikdom.

Kulturell kapital kan omsettes i sosial kapital og gi tilgang til nettverk som kan være nyttige døråpnere. Våre ressurser vurderes og tillegges kapitalen gjennom sosiale prosesser. "Kultur" er den kulturen som har makt til å definere og dominere et samfunn. Kapital uttrykkes i språk, fremtreden, allmenndanning og bekjentskaper (Bourdieu & Wacquant 1993).

Disse formene for kapital kan ikke selges som symbolsk kapital. Dette er en form de ulike kapitalformene tar når de er godt innarbeidede og erkjent som legitime i sitt felt. Slik kan symbolsk kapital defineres som noe som er verdsatt av andre agenter. Symbolsk kapital eksisterer gjennom anseelse, tillit, gjenkjennelse og anerkjennelse av andre mennesker. Den gir kriterier for hva som bedømmes som legitim prestisjefylt kapital i et samfunn. Når man besitter feltets riktige symbolske kapital, godtas man som legitim deltager på feltet.

Deltagerne kjemper for at den kapitaltypen de selv har mest av, skal bli feltets viktigste kapital. Definisjonsmakt blir derfor sentralt. Men symbolsk kapital fungerer bare når den ikke er bevisst oppfattet som kapital. Denne legitimeringen er den avgjørende mekanismen i forvandlingen til makt (Bourdieu og Wacquant 1993).

Felt

Bourdieu utviklet feltbegrepet til en beskrivelse av et sosialt rom hvor man beveger seg i kraft av sin habitus og en viss type kapital. Det å besitte en bestemt habitus innebærer å mestre praksis i form av både muligheter og begrensninger innenfor et avgrenset livsområde. Feltteorien gir en fleksibel analytisk konstruksjon som setter oss i stand til å identifisere agenter med ulik type habitus, hvor feltene utgjør overindividuelle strukturer. Ved ulik type habitus innen et felt kan det strides om verdien av bestemte typer kapital.

Det som gjør feltene interessante er at de er nærmest uavhengige og autonome i forholde til andre felt. På den måten mener Bourdieu at kapitalformene i ett felt ofte kan komme til kort i andre felt (Bourdieu og Wacquant 1993).

Et felt må ha en viss mengde deltagere og et felles anliggende. De må ha en grunnleggende enighet om felles tro og verdisyn, og føle at dette er verdt å kjempe for. Dette er feltets doxa (tro). Bourdieu viser til at det forgår kontinuerlige kamper i feltet for å forbedre og opprettholde posisjoner. Noen posisjoner dominerer, andre blir dominert. Det er hele tiden kamper om hva som er verdifullt og hvilke verdensbilder som gjelder. Disse kampene kan være mellom dominerende individer som vil beholde symbolsk makt eller mot andre som ønsker og erverve dette. Slike kamper kan føre til endringer, selv om feltet er relativt stabilt. Kamper kan også føres mot andre felt, som kjemper for å komme inn på deres felt, med de tap av investeringer eller dominans dette kan medføre. De posisjonene som bestemmer over retten til å definere hva som er anerkjent i et felt, har høy symbolsk kapital. Bestemte posisjoner i et felt besittes ofte av personer med en bestemt habitus. Habitus er broen mellom felt og kapital (Bourdieu og Wacquant 1996).

Med denne korte innføringen i Bourdieus begreper vil jeg i det følgende diskutere hvordan legene i studien forstår akupunktur.

Legenes forståelse av akupunktur som eget felt

Jeg har tidligere referert til Michael Polanyi og hans begrep "taus kunnskap" (Polanyi 2009), at det å ha en forståelse for noe fordrer kunnskap om det samme (Merleau-Ponty 2012). Jeg har tolket begrepet kunnskap slik at det favner alt det legene vet, mener og tror, eller mener å vite om akupunktur. Studien viser at alle legene har kunnskap om akupunktur, selv de to legene som sier at de ikke har slik kunnskap. Denne kunnskapen er ervervet gjennom deres

praksis og sosiale liv, og har gitt dem det Bourdieu kaller en praktisk kunnskap og dermed forståelse av hva akupunktur er og hvordan den brukes.

At jeg ikke har definert akupunkturbegrepet for legene vil jeg problematisere i kapittel 4.5 Metodologisk diskusjon.

Bourdieu's feltbegrepet gjør det mulig, som analytisk perspektiv, i første omgang, å definere to felt, det medisinske feltet og det alternative feltet. Bourdieu mente at en i feltanalyse bør det analyseres hvilken posisjon feltet har til det overordnede maktfeltet. Inn under dette må man se på hvilken betydning feltet har i forhold til andre felt (Bourdieu og Wacquant 1996). I metodekapittelet er konvensjonell medisin, som jeg definerer som det medisinske feltet, plassert i den biomedisinske modellen, mens akupunktur, som en del av det jeg definerer som feltet alternativ behandling, er plassert innenfor den sosiale modellen. Legene opererer i det medisinske feltet, og har tilegnet seg dette feltets habitus, med den symbolske kapital og makt som følger med, og kan dermed, uten tvil, defineres som det overordnede maktfeltet. Denne studien viser at det medisinske feltet ser på akupunktur som mer akseptert enn andre alternative behandlingsformer. På bakgrunn av legenes kunnskap om, og forståelse for, akupunktur vil jeg derfor drøfte om legene i studien ser på akupunktur som et eget felt. Akupunktur blir beskrevet som en akseptert behandlingsform av alle legene i studien. Selv de to legene som her er betegnet som den "tradisjonelle lege" både aksepterer og synes akupunktur er "greit". En av disse, Dr Carlsen, stiller også spørsmål om akupunktur kan kalles alternativ behandling. Han tror leger generelt har et fornuftig forhold til akupunktur i motsetning til andre alternative behandlingsformer som kan være "rene sprøytet". Dette samsvarer med tidligere undersøkelser hvor norske legers holdninger til alternativ behandling var svært negative, bortsett fra til akupunktur (Aasland et al 1997, Norheim 2005).

Legene i studien mener akupunktur skiller seg fra andre alternative behandlingsformer. Mange av problemstillingene de møter ved annen alternativ behandling, gjelder ikke ved akupunktur.

Akupunktur oppfattes som en komplementær behandlingsform som verken interagerer, utfordrer eller har inngripen på konvensjonell medisinsk behandling. Slik sett får en akupunktur en særstilling, som gjør at legene plasserer akupunktur i en posisjon mellom konvensjonell medisin og annen alternativ behandling. Nettopp denne mellomposisjonen muliggjør at akupunktur kan defineres som et eget felt, adskilt fra annen alternativ behandling.

Legenes syn på om akupunktur har en plass i fremtidens offentlige helsevesen er også et argument for å definere akupunktur som eget felt. Bortsett fra en lege, Dr Carlsen, som sa han ikke har kunnskap nok til å mene noe om det, mener legene at akupunktur allerede har en plass i det offentlige helsevesenet, gitt tilbudet på sykehus og fødeklionikker. De ser også et fremtidig behov for behandlingsformer som akupunktur, både ved lidelser hvor konvensjonell medisin "ikke kommer i mål" med behandlingen, og som et supplement for antibiotika ved lette infeksjoner, gitt antibiotikaresistensproblematikken.

I 1998 så vi at 81% av norske leger mente at akupunktur er eller bør bli en integrert del av det offisielle helsevesenet (Norheim og Fønnebø 1998). Det var også flere allmennpraktiserende leger enn andre leger som mente dette (Salomonsen m fl 2005).

Akupunktur var også den formen for alternativ behandling som var mest akseptert blant leger (Norheim 2005).

Når studier fra norske sykehus viser at akupunktur var den form for alternativ behandling som oftest ble tilbudt på sykehus (Salomonsen 2011), kan det se ut som det konvensjonelle medisinske feltet aksepterer akupunktur som et eget felt som opererer komplementært til det medisinske feltet. I 2013 tilbød 64,4 % av norske sykehus en eller flere former for alternativ behandling. Akupunktur var oftest ble tilbudt (Jacobsen et al 2015).

Et annet argument for å definere akupunktur som eget felt er de risikovurderingene legene i studien gjør ved akupunkturbehandling. Legene oppfatter akupunktur som en forsvarlig behandlingsform. Selv om det kan være en direkte risiko med uønskete hendelser ved et nålestikk, ser de på sannsynligheten for dette som liten og ser ikke på akupunktur nåling som en risikabel behandling. Dette samsvarer med tidligere studier som konkluderer med at akupunktur er en relativt sikker behandlingsform.

Fønnebø og Norheim gjorde i en undersøkelse et forsøk på å kartlegge bivirkninger ved akupunktur. Den hyppigste bivirkningen var at pasienten besvimte under behandling.

Deretter fulgte hudinfeksjoner, punktering av lunge (pneumothorax), betennelse i hjertehinnen (endocarditt) og leverbetennelse (hepatitt B) (Norheim og Fønnebø 1996).

Aarbakkeutvalget gjorde på oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet en vurdering av effekt og bivirkninger på AB i 1998. Mulige komplikasjoner kunne være enten dårlig hygiene, manglende akupunkturfaglige eller medisinske kunnskaper. Den hyppigste organskade var pneumothorax og hepatitt som den hyppigste infeksjonen. Konklusjonene var at akupunktur kan være skadelig, men skader inntreffer relativt sjelden og sees derfor på som en "relativt sikker metode" (Helse- og Omsorgsdepartementet 1998b).

Det er gjort flere store internasjonale undersøkelser om sikkerhet ved akupunkturbruk. To studier rapporterte ganske like resultater; hver studie viste rundt 7 mindre forbigående bivirkninger ved over 30 000 behandlinger (MacPherson et al 2001, White et al 2001). MacPherson fulgte opp med en pasientundersøkelse i 2004. Konklusjonen var at akupunktur er en relativ sikker metode (MacPherson et al 2004).

En undersøkelse av bivirkninger på verdensbasis ble publisert samme år. En sammenligning av til resultatene fra 12 prospektive undersøkelser, som inkluderte over en million behandlinger, ble konklusjonen at risiko for alvorlige bivirkninger ved akupunktur er lav (White 2004).

En omfattende prospektiv studie i 2009 viste at 8,6% fikk uheldige bivirkninger. Det var to tilfeller av pneumothoraks, men generelt var alvorlige bivirkninger sjeldent (Witt et al 2009). Et systematisk litteratursøk belyste problemstillinger rundt smitteoverføringer ved akupunktur. Den hyppigste rapporterte komplikasjonen var bakterielle infeksjoner i huden der nålen ble satt. Forfatterne konkluderer med at riktig regulering av praksis kan redusere risikoen (Dahm et al 2014).

Felles for alle studiene er altså at de konkluderer med at akupunktur er en relativ sikker behandlingsform, noe som bekrefter legene i studiens synspunkter.

De som arbeider innen feltet akupunktur, akupunktørene, besitter dette feltets habitus. Legene i studien har ikke kunnskap om akupunktørutdannelsen, men siden legene oppfattet akupunktur som en forsvarlig behandlingsform kan det tolkes som de har en positiv forståelse av akupunktørens habitus. Selv Dr Dahl som har hørt om et tilfelle av pneumothorax, men ikke ser på akupunktur som en risikabel behandling uttalte at "...jeg tenker at de som driver med det vet hva de gjør...".

Utfordringen for legene i studien er at de ikke vet hvem agentene som opererer innenfor feltet akupunktur, og derved besitter dette feltets habitus, er. Legene vet altså ikke hvilke kvalifikasjoner som ligger til grunn for den enkelte utøveren av akupunkturfaget. Likevel anbefaler flere akupunktur, men som oftest på et generelt nivå. Enkelte anbefaler konkrete akupunktører i lokalmiljøet de tror er kvalifiserte. Dette kan tolkes som en tillit til akupunkturfeltet og besittere av dette feltets habitus.

Legene mente akupunktur burde være en "offentlig sak". En offentlig ordning vil føre til en kvalitetssikring av faget og utøvelsen av det, noe som kan minske faren for indirekte risikoer for ukvalifisert akupunkturbehandling.

En offentlig godkjennelse vil også gi mulighet for leger å henvise pasienter til akupunktur, og med det gi akupunktøren både legens vurdering av pasienten og hvilke forventninger legen har til behandlingen. Da vil pasienten miste rollen som budbringer mellom akupunktør og lege, og minske faren for at vesentlig informasjon blir borte på veien. Den indirekte risikoen ved å behandle uten henvisning fra lege blir mindre, noe som igjen kan styrke pasientsikkerheten. Dette er et interessant funn som jeg ikke har funnet i andre studier.

Legene, som gjennom sin profesjonsrolle har en offentlig legitimering av sin kompetanse (Stensland, Nessa og Schei 2014) har den største beholdningen av den kapitalen som kan konverteres til symbolsk kapital: kunnskapen om pasientbehandling. Det kan derfor tolkes slik at en offentlig godkjenning av akupunktur vil stadfeste det medisinske feltets maktposisjon, som det feltet som innehar retten til å definere hvilke pasienter som trenger hvilken behandling for hvilke lidelser.

En slik tolkning er i overensstemmelse med studier som påpeker at når akupunktur blir innført i det offentlige helsevesenet skjer det på helsevesenets premisser (Hollenberg 2006). En studie fra Israel viser at motivet får å få etablert alternativ behandling ved sykehus var å få del av et større marked, men selve etableringen ble plassert langt fra maktens korridorer. Det viste seg at konvensjonell medisin hadde overtatt styringen av alternativ behandling (Shuval 2004).

En rapport fra Norge viser også at når alternativ medisin benyttes på sykehus, skjer det på helsevesenets premisser (Nyborg & Launsø 2007).

Ser vi hvem som praktiserer akupunktur ved norske sykehus er det, med et unntak, offentlig godkjent helsepersonell. Det kan tyde på at de overnevnte studier har et poeng.

I Norge ser det ut som at pasientterspørsel i liten grad styrer innføringen av en ny behandlingsmetode (Salomonsen et al 2003). Akupunktur var oftest innført av sykehusledelsen, mens annen alternativ behandling ble tilbudt på bakgrunn av interesse fra sykehusansatte (Salomonsen et al 2011).

En av formene for indirekte risiko var behandling av pasienter med alvorlig underliggende sykdom som ikke er oppdaget av legen. Dette ble sett på som det medisinske feltets ansvar. Pasienter som ”shopper” mellom ulike typer behandlere kunne også være indirekte risiko. Dette var ikke knyttet opp mot akupunktur, men ble sett på som en generelle problemstillinger.

I Norge hadde 90 % av pasienter som oppsøker alternativ behandling har vært hos lege først (Ramm 2010), i England gjaldt dette 78 % (MacPherson et al 2006b).

En studie har vist til at pasienter med en stabil fastlegerelasjon, hvor pasientene opplevde å bli møtt med respekt, fikk tid til å legge frem problemene, følte de ble lyttet til og opplevde at de selv var aktive deltagere i behandlingsbeslutninger, ble værende hos fastlegen og opplevde ikke så stort behov for å søke alternativ behandling (Hansen et al 2014). En utfordring for det medisinske feltet bør være å i større grad tilrettelegge for slike stabile fastlegerelasjoner for å hindre pasienters ”shopping” mellom ulike typer behandlere.

Studier har vist at forskjeller i behandlingskonsepter og behandlingsfilosofi kunne føre til indirekte risiko (Stub 2016). Ingen av legene i studien nevnte dette, tvert om mente de at legen og akupunktøren har en ”felles plattform og en felles forståelse”.

Mangel på vitenskapelig evidens for akupunktur ble ikke problematisert av legene i studien, i motsetning til hva tidligere studier har vist (Stub 2016).

Med dette har jeg argumentert for at forståelsen legene i studien har av akupunktur gjør at det kan defineres som et eget felt, adskilt fra annen alternativ behandling, som kan operere komplementært til det medisinske maktfeltet.

Hvorfor pasienter bruker akupunktur

Studien viser at legene oppgir to hovedgrunner til at pasienter benytter seg av akupunkturfeltet. Mangel på tid i legekonsultasjonen og når det medisinske feltet ”ikke kommer i mål” med behandlingen.

Det er ulike aspekter i disse to typene begrunnelser. Tid relaterer seg til de rammebetingelsene legene har per pasient, altså selve konteksten under en legekonsultasjon. ”Å ikke komme i mål” handler om pasientenes behandlingsbehov, og både legen og pasientens behandlingsmål.

Forklaringsmodellene legene bruker viser at de ikke har mangel på kunnskap, men at de på bakgrunn av kunnskap både forstår og kan forklare pasienters bruk av akupunktur.

Tidsaspektet

Ser vi på tidsaspektet først er det knyttet opp mot de betingelsene fastlegene opererer under. Legene har kort tid til hver pasient og mye av denne tiden kan gå til prøvetaking osv. Under disse forutsetningene kan pasienten ha problemer med å formidle det som er viktig. Tiden er for knapp. Det er da pasienten kan: ”snu seg rundt og ser hvor kan jeg få hjelp”.

De ”brobyggende” legene tror pasientene søker seg til akupunkturfeltet fordi de der får bedre tid. Hvorvidt dette stemmer ligger utenfor dette prosjektets mandat, poenget er at disse legene bruker tidsaspektet som en forklaringsmodell for hvorfor pasienter bruker akupunktur:

Akupunkturfeltet har nok tid til pasientene, noe det medisinske feltet mangler. Det kan tyde på at disse legene forstår akupunkturfeltet som tilhørende den sosiale modellen, med tid til et mer pasientorientert perspektiv (Salamonsen 2013) hvor pasienten får mulighet til å formidle det budskap som er viktig. En tolkning som dette kan innebære at disse legene tror pasientenes behov for å bli sett som helt menneske, med mulighet til ”å få budskapet sitt ordentlig frem”, men også med individuelle ressurser som kan mobiliseres, kan møtes av en alternativ behandlingsform som akupunktur. Dette er i tråd med studier som viser hvilke positive erfaringer pasienter kan ha av alternative behandlingsformer som akupunktur (Salamonsen 2010).

De to legene i kategorien ”den tradisjonelle lege” trodde ikke pasientene får bedre tid hos akupunktører. Begge har fått akupunktur selv, av vestlig type, noe som tok kort tid. Dette kan prege deres syn på at heller ikke akupunkturfeltet gir pasienter tid nok, og derfor ikke er en forklaring på pasienters bruk av akupunktur.

Mangel på tid i legekonsultasjonen kan være en grunn til at leger ikke diskuterer alternativ behandling med pasientene (Verhoef 2008).

Når det medisinske feltet ikke kommer i mål

Det medisinske feltet ser gjennom den biomedisinske modellen på kausale sammenhenger. En klar årsak ligger til grunn for en diagnose som gir rett til behandling i form av medikamenter, inngrep eller sykmelding (disease) (Hofmann 2008, Malterud 2012).

Legene i studien forklarte pasienters bruk av akupunkturfeltet ved ”diseases” med mangel på effekt av konvensjonell medisinsk behandling eller når medisineren gir uønskede bivirkninger. Dette bekreftes av andre studier (Norheim og Fønnebø 2000, MacPherson og Hammerschlag 2012).

Den samme begrunnelsen har leger som selv praktiserer akupunktur, 22 % valgte å gi akupunktur når annen behandling var forsøkt uten effekt (Aanjesen et al 2002).

Det ble også pekt på at ved diagnoser der akupunktur tidligere ble anbefalt, nå kommer i mål med nye medisiner og derfor ikke lenger anbefaler akupunktur.

Ved tilstander hvor det ikke finnes en klar årsak (Illness) har det medisinske feltet lite å tilby. Flere av legene peker på at noen av utfordringene i dagens medisin er at ” det er veldig, veldig få ting som på en måte har en årsak og en behandling og så er det bra”.

”Sånn sett er det veldig lite medisin igjen. Det er ikke så ofte vi behandler så mye. Det er ikke så mye alvorlig sykdom blant folk lenger, det er stress og andre lidelser som tar tyngden” (Dr Indredal).

Dette stemmer overens med MacPherson og Hammerschlags argumentasjon for at en økning i kroniske sykdommer og stressrelaterte lidelser fører til økt bruk av akupunktur (MacPherson og Hammerschlag 2012).

Når det medisinske feltet ” ikke kommer i mål”, både ved både ”diseases” og ”illness” kan pasienter søke ”andre steder”, og velge akupunktur på eget initiativ eller blir anbefalt akupunktur av legen.

Disse forklaringsmodellene på hvorfor pasienter benytter seg av akupunkturfeltet reiser noen spørsmål som også bør diskuteres utenfor dette prosjektet.

Når det medisinske feltet ”ikke kommer i mål” med en pasient, og pasienten selv velger akupunktur, forvalter akupunktøren et stort ansvar. Når legen anbefaler akupunktur av samme grunn, kan det sees på som at oppgaven delegeres bort, og dette gir et enda større og tyngre ansvar for akupunktøren, som akupunkturfeltet må være seg bevisst.

Spørsmålet blir da om akupunkturfeltet som opererer uavhengig og autonomt i forhold til det medisinske feltet, blir gitt et uformelt mandat om å nettopp ”komme i mål” med pasienter der hvor det medisinske feltet har lite eller ingenting å tilby. I så fall kan akupunkturfeltet være et nødvendig supplement til, og, som vi har sett, en avlastning for, helsevesenet.

Det offentlige helsevesenet har også et ansvar for pasienter de ikke klarer å hjelpe. Hvis denne oppgaven blir delegert bort til en alternativ behandlingsform som akupunktur, kan det gjøre noe med tillitten mellom befolkningen og helsetjenesten.

Men det synliggjør det mandatet akupunkturfeltet uformelt forvalter og viser til en nødvendighet for å diskutere om en behandlingsform som akupunktur skal få plass i det offentlige helsevesenet. Det synliggjør også at det offentlige helsevesenet bør diskutere hva man gjør med pasienter de ”ikke kommer i mål” med.

Ulike måter å forholde seg til pasienter

Legene i undersøkelsen hadde både lik forståelse av akupunkturfeltet og, bortsett fra tidsaspektet, like forklaringer på hvorfor pasienter benytter seg av det. Men de hadde ulike måter å forholde seg til pasienters bruk av akupunktur.

Bourdieu's teorier handler om å beskrive agentenes praksis i den sosiale verden. Det er blitt en selvfølge at legene vil prestere ulikt ut fra sin habitus, som er konstruert av tidligere erfaringer (Bourdieu 1995). Gjennom analysen ble det derfor konstruert to former for legehabitus: Den "tradisjonelle lege" og brobyggeren", som er definert i kapittel 3.3.

Den "tradisjonelle lege" spør ikke om bruk av akupunktur eller andre former for alternativ behandling. Slik informasjon kommer bare frem når pasienten "melder det selv".

Begge legene som besitter denne form for habitus viser til negative holdninger innen det medisinske feltet til alternativ behandling, og ser dermed at for pasienten kan det være vanskelig å informere om slik bruk.

Men fordi de ikke spør blir det altså opp til pasienten å tolke og vurdere om det er aksept for dette temaet når de skal informere om sin bruk av alternativ behandling.

Dr Carlsen sa "...det spiller ingen rolle" om pasienten bruker akupunktur. Hvis det ikke spiller noen rolle med akupunkturbruk, kan pasienten få inntrykk av at også bruk av andre alternative behandlingsformer, eller naturpreparater, heller ikke spiller noen rolle. Det kan føre til at pasienten ikke forteller om slik bruk, som heller ikke blir journalført.

Dette er i tråd med tidligere studier som viser at pasienter unnlater å fortelle om alternativ behandling (Tovey og Broom 2007) og at frykt for negativ respons var en av grunnene.

En undersøkelse av kreftpasienter viste at bare 53 % av pasientene hadde fortalt helsepersonellet om bruk av alternativ behandling (Navo et al 2004).

De unnlot også å komme med slik informasjon når legen ikke spurte, eller fordi de ikke trodde det var nødvendig (Robinson og McGrail 2004).

Mangel på kommunikasjon også kan føre til indirekte risiko (Navo et al 2004).

Studier har vist seg at den "tradisjonelle leges" måte å kommunisere på kan resultere i, eller være et resultat av, at pasienter velger å bruke alternativ behandling (Salamonsen 2013).

Det kan igjen gå ut over pasientsikkerheten.

Grimens refleksjoner over at makt- og tillitsforholdet mellom lege og pasienter bør diskuteres, kan vise seg å være nødvendig (Grimen 2009).

Bourdieu er opptatt av det han kaller maktens felt (Bourdieu og Waccquant 1996). Det medisinske feltet har den dominerende posisjonen med all den symbolske kapital det representerer. En slik symbolsk kapital svarer på noen institusjonaliserte overbevisninger og kollektive forventninger, som hviler på agentenes overbevisning om at de er dominerende. "Den dominerende er således dominert af strukturen i det felt den sociale dominans udfolder seg igennem" (Bourdieu 1997 s.56).

Den biomedisinske modellen med en biomedisinsk forståelse i kommunikasjonen (Hall, Roter og Katz 1987) er den dominerende og den habitus den "tradisjonelle legen" opererer under. Det kan føre til at pasient og lege ikke har et likeverdig forhold (Grimen 2009). Da kan det være vanskelig for pasienten å fortelle en "tradisjonell lege" om alternative behandlingsformer som akupunktur.

Men det er også et spørsmål om kunnskap. De "tradisjonelle legene" i denne studien sa gjentatte ganger at de hadde for lite kunnskap om akupunktur. Så hvorfor spørre når man ikke vet hva man skal gjøre med svaret?

De "tradisjonelle legene" aksepterer akupunktur som felt, og aksepterer at pasienter bruker det, så det er ikke motstand, men mangel på kunnskap, som styrer hvordan de forholder seg til pasienters bruk av akupunktur.

Mangel på kunnskap kan også være en grunn til at så mange leger ikke forstår hvor pasienter bruker alternativ behandling (Fønnebø et al 2007). Andre studier viser også at mangel på kunnskap hindrer god kommunikasjon rundt alternative behandlingsformer (Stub et al 2016). Det ligger utenfor den "tradisjonelle leges" habitus å anbefale eller fraråde noe de ikke har nok kunnskap om. Denne manglende kunnskapen gjør at de i liten grad forholder til pasienters bruk av akupunktur.

Det kan tolkes slik at den "tradisjonelle legen" forholder seg til pasienter som bruker akupunktur, på samme måte som han forholder seg til pasienter som bruker konvensjonell medisin, ikke som pasienter som tar aktive grep og behandlingsvalg for å fremme helsen, men som pasienter med et bestiller/ utfører-ønske, slik Dr Carlsen påpekte.

Den "brobyggende lege" forholder seg på en annen måte til pasienter som bruker akupunktur. Denne form for legehæbitus er definert under den sosiale modellen med en mer biopsykososial forståelse av pasienten som gjør at de kommuniserer med pasienter om alternativ behandling (Salamonsen 2010). De ser at de ikke "har monopol på folks helse", og at pasienter bruker andre behandlingsmetoder, derfor kan alternativ behandling bli et tema under konsultasjonen. De beskriver seg selv som "åpne", i dette signaliserer de noe som gjør

at pasientene forteller. De tror ikke pasientene vegrer seg for å fortelle om akupunktur, mens andre alternative behandlingsformer kan det være vanskeligere å fortelle om.

De brobyggende legene forholder seg mer aktivt til om pasientene bruker akupunktur eller annen alternativ behandling enn de tradisjonelle legene. Disse legene mener selv de har nok kunnskap om akupunktur til å gi råd til pasienter som spør om akupunkturbruk. Denne kunnskapen gjør også at de har den nødvendige legitimiteten til å argumentere for det medisinske feltet slik at :

«Folk som er alternative, veldig alternative, da kanskje kan høre på meg når jeg anbefaler skolemedisin, der jeg syns det trengs. Og bli hørt».

Det er også legene i denne kategorien som kan anbefale pasienter å prøve akupunktur. Det betyr ikke at de anbefaler det til alle pasienter. De anbefaler akupunktur der hvor den behandlingen de tilbyr ikke gir tilfredsstillende resultater og hvor de har erfart at akupunktur har effekt. Slik blir akupunktur et virkemiddel som kan skape en bedre tilværelse for pasienter som «ikke kommer i mål» med konvensjonell medisin. Nettopp fordi de bruker akupunktur som et slikt virkemiddel er de med på å bygge en bro mellom de to behandlingsmodellene.

Interaksjonismen baserer seg på et syn på mennesket som grunnleggende dialogisk (Bourdieu og Wacquant 1992). Det er nettopp i dialogen og interaksjonen med pasientene, at legen konstruerer kunnskap om akupunktur. Når lege og pasient kommuniserer om akupunktur skapes en gjensidig læring som gradvis utvikler en forståelse som går på tvers av eget kunnskapsområde, noe som kan øke kompetansen til både lege og pasient, og samtidig øke pasientsikkerheten. Dette viser også andre studier (Fønnebø et al 2007, Skovsgaard 2016). Med denne interaksjonen med pasientene skaper ”brobyggeren” ikke bare bro mellom medisinfeltet og akupunkturfeltet, men de bygger også bro mellom seg og pasientene i måten de kommuniserer med dem på. Det muliggjør at pasienten kan rådføre seg med og høre legens mening om alternativ behandling (Verhoef et al 2009), og ta slike avgjørelser sammen med støttende leger (Salamonsen 2013). På denne måten kan pasienten bruke hele sin kapital; sin sosiale, kulturelle og økonomiske kapital for å ta ansvar både for egen helse og sin livssituasjon i samarbeid med legen (Salamonsen 2010).

Når ”brobyggeren” anbefaler akupunktur, er det ikke et direkte samarbeid, men et parallellfaglig samarbeid med akupunktører. Det vil si at de kjenner til eller har anbefalt akupunktur selv, men behandlingen skjer uavhengig av hverandre (Gamst et al 2006).

En tidligere studie viser 65 % av norske leger en eller flere ganger anbefalt/henvist pasienter til akupunktur, mens bare 1-3 % hadde anbefalt andre alternative behandlingsformer (Aasland, Borchgrevink, Fugelli 1997).

Utfordringen ved at leger anbefaler akupunktur er at ingen evaluerer bruken av akupunktur. Dette kan løses med et nærmere samarbeid mellom akupunktur- og det medisinske feltet. ”Brobyggeren” støtter forskningen som viser at pasienter som bruker alternative behandlingsformer som akupunktur, tar aktive grep rundt, og ansvar for, egen helse. Men det er et paradoks at alle legene i studien selv mener de oppmuntrer pasienter til å ta aktivt grep om egen helse, mens forskning viser at pasientene ikke opplever det slik (Salamonsen 2013).

Både den ”tradisjonelle lege” og ”brobyggeren” påpekte at mange pasienter forventer å bli behandlet, uten å skulle bidra med egeninnsats.

Slikt sett viser denne undersøkelsen noen av utfordringene legene står overfor. Det kan tyde på at legene tror bestiller/ utfører-modellen er fremtredende i pasientens forventninger til legen, og at legene ikke alltid klarer å løsrive seg fra denne modellen. Det kan tolkes som at det foregår en arbeidsdeling mellom profesjonene, ”brobyggeren” anbefaler akupunktur nettopp for å få pasienten til å ta det aktive grepet rundt egen helse, som de ikke klarer å stimulere til selv.

Slik blir det en fordel for den ”brobyggende legen” å forholde seg aktivt og positivt til akupunkturbruk.

Myndighetene arbeider for en ny og styrket pasientrolle hvor pasientene selv skal bli i stand til å ta et større ansvar for egen helse og en mer aktiv posisjon i egen behandling.

Stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* viser at myndighetene ønsker å støtte opp under at pasienter går fra å være passive tjenestemottakere til å stimulere pasienter til å utnytte egne ressurser best mulig, slik at man ved aktivisering og selvhjelp skal kunne påvirke sitt eget liv og helse. Pasientene skal, ved å sette egne mål for sin egen helse, være sine egne radikale endringsagenter (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Dette stiller store krav til pasientene, som kan være vanskelig for de minst ressurssterke å innfri. Men det gir pasientene definisjonsmakten til å kontrollere sin egen helse og ta en aktiv rolle i forhold til egen sykdom, og leve bedre med sykdommen. Det kan også innebære å lete etter behandlingsmuligheter både innenfor og utenfor det etablerte helsevesenet, som inkluderer alternative behandlingsformer som akupunktur. Nettopp derfor har det vært viktig

å rette søkelys mot hvordan allmennpraktiserende leger forstår, forklarer og forholder seg til pasienters bruk av akupunktur.

Metodologisk diskusjon

Innledningsvis i resultatkapittelet har jeg gjort rede for kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for legenes forståelse av akupunktur. Siden den refleksive biten av det konstruktivistisk/ interaksjonistiske perspektivet er valgt som overbygning for oppgaven, vil jeg problematisere at jeg ikke definerte for legene hverken hva akupunktur er, eller at det finnes forskjellige former for akupunktur. To av legene (begge i kategorien ”tradisjonell lege”) har fått akupunktur av vestlig type. Den ene var klar over at det ikke var ”vanlig” akupunktur. Men dette kan prege deres syn på bruk av akupunktur.

At jeg ikke definerte akupunktur kan være en skjevhet (bias) i undersøkelsen. Hva snakket jeg om og hva snakket legene om? Jeg har gått inn med en dybdekunnskap og et ståsted, så spørsmålet er hva har dette betydd for dybdetolkning og svarene, måten jeg spør på og fortolkningen. Mitt utgangspunkt har vært at når vi snakker om akupunktur vil de fleste assosiere det med TKM-akupunktur.

Jeg har forsøkt å analysere frem skillet mellom TKM- og vestlig akupunktur, der det har vært mulig. Vi har også sett at kunnskapsgrunnlaget noen av legene i studien har, er for lite til å skille mellom TKM- og vestlig akupunktur.

Dette er også en generell problemstilling i diskursen rundt akupunktur. Som et eksempel kan nevnes: akupunktur ved norske sykehus; Tilbys det TKM-akupunktur eller akupunktur av vestlig type? Eller en blanding?

Derfor vil jeg ta til orde for nødvendigheten av en begrepsavklaring. Vestlig akupunktur og TKM-akupunktur tilhører to forskjellige paradigmer, derfor er det nødvendig med begreper som synliggjør dette skillet, både for akupunktur- og medisinfeltet. Spørsmålet blir hvem som skal ha eierskap til ordet akupunktur?

Dette er en kvalitativ undersøkelse, derfor vil jeg minne om at den tallmessige fordelingen mellom ”tradisjonell lege” og ”brobyggeren” ikke nødvendigvis gjenspeiler fordelingen blant norske allmennpraktiserende leger.

I en kontekstbundet interaksjon som denne oppgaven representerer kan intervjuobjektets utsagn analyseres som en selvpresentasjon: intervjuobjektet velger en sosial identitet og en sosial strategi for å posisjonere seg.

Et møte mellom forsker og forskningsfelt er preget av gjensidig posisjonering. Jeg har som intervjuer posisjonert meg både som forsker og akupunktør. Slik sett kan informantens måte å uttrykke seg på bli påvirket av min selvpresentasjon og min posisjon, noe som i seg selv kan føre til skjevhet (bias) i undersøkelsen. Ved å se på de ”brobyggende” legene i lys av dette, kan det å presentere seg selv som ”åpne” for akupunktur være en måte og posisjonere seg selv på, mens de ”tradisjonelle legene” ikke har posisjonert seg på samme måte.

Det er er av mange rettet kritikk mot kvalitativ metode fordi den vanskelig kan la seg generalisere. Men på den annen side viser kvalitativ metode mønstre av holdninger og handlinger som kan være representative. (Halkier 2010).

I denne oppgaven kunne deltagende observasjon vært nyttig, for å avdekke om forskjellen mellom den ”tradisjonelle” og den ”brobyggende” lege var så stor som intervjuene gir inntrykk av. Fries har i en artikkel tatt til orde for at Bordieus refleksive sosiologi er et godt teoretisk utgangspunkt for ”mixed methods”, en blanding av metoder, nettopp for å gå i dybden av, og kontekstualisere både bruk og forståelse av alternativ behandling (Fries 2009). Men en slik tilnærming lå langt utenom dette prosjektets rekkevidde.

Ved å bruke en konstruktivistisk/ interaksjonistisk tilnærming ble kunnskapen skapt av oss som deltok i interaksjonen, den ble kontekstbundet (Justesen & Mik-Meyer 2012). Derfor ville en gjentakelse av intervjuene gitt andre resultat i dag.

Kvalitetskriterier

For å sikre en god kvalitet på undersøkelsen, må den tilfredsstillende noen sentrale kvalitetskriterier. Betegnelsen verifisering kan anvendes som en fellesbetegnelse på reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann 2009). Malterud trekker frem andre viktige begreper som relevans og refleksivitet (Malterud 2004).

Reliabilitet viser til hvor konsistente og pålitelige funnene i forskningen er. Reliabiliteten er høy når uavhengige målinger kan gjentas og gi samme resultat, men dette er ofte ikke mulig i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann 2009). I et prosjekt som dette, hvor materialet er basert på en konstruktivistisk/ interaksjonistisk tilnærming, kan man ikke forvente at andre skal komme frem til samme resultat. Materialet må betraktes som et resultat av en, på et gitt tidspunkt, interaksjon. Slik må det bli variasjoner i kvalitativ forskning fordi det empiriske feltet hele tiden er i bevegelse (Järvinen & Mik-Meyer (2005). I løpet av prosessen har jeg tilegnet meg både teoretisk kunnskap og forskerkompetanse. Intervjuene er et resultat av et felles prosjekt, hvor legene og jeg sammen konstruerte kunnskap. Slik har vi beveget oss,

både informantene og jeg, på en måte som gjør det umulig å starte på nytt og gjenskape eksakt det samme datamaterialet. Reliabiliteten, i kvalitativ forskning, handler om troverdighet, og kan likevel ivaretas ved å gjøre prosessen transparent.

Transparens betyr gjennomsiktighet og er et relevant begrep med sikte på å høyne kvaliteten i kvalitativ forskning. Tjora beskriver det som hvordan forskeren redegjør for alle detaljene i undersøkelsen som er av betydning for forskningsresultatet (Tjora 2011). Derfor har jeg forsøkt å gi en god beskrivelse av ikke bare resultatene, men også datainnsamling og analysestrategi, og håper det gir et godt innblikk i hele forskningsprosessens utvikling med dens avveininger og valg. Betydningen av det teoretiske perspektivet er også løftet frem. Dette bør gjøre at forskningen er forankret i vitenskapelige kvalitetskriterier som kan drøftes og deles og også gis mulighet for kritikk.

Validitet er historisk knyttet til kvantitativ forskning, men er i dag også brukt i kvalitativ forskning (Järvinen & Mik-Meyer 2005). Det problematiske er at kriteriene for validitet, som er utviklet innenfor det moderne positivistiske paradigmet, kan virke meningsløse innenfor den postmoderne kvalitative fortolkende tradisjonen. Det krever at kvalitative forskere må legitimere sin forskning på grunnlag av helt andre forutsetninger enn innen kvantitativ tradisjon. Det er ingen kausale sammenhenger som er målet, men å skape en forståelse for et fenomen der de forholdene som kan være av betydning, blir synlige og relatert til hverandre. Det medfører at forskeren må beskrive konteksten så fullstendig som mulig (Kvale & Brinkmann 2009). Det er nettopp dette jeg har forsøkt gjennom hele oppgaven.

Generaliserbarhet er hvorvidt resultatene fra undersøkelsen er gyldig og kan overføres til andre personer eller situasjoner utenfor det konkrete forskningsfeltet (Kvale & Brinkmann 2009). Dette har vært et krav innen positivistisk forskning. Men innenfor det postmoderne paradigme har det vært metodiske diskusjoner rundt generalisering. Universell kunnskap og generalisering er erstattet med en vektlegging av beskripsjoner. Den postmoderne tenkningen ser på kunnskapens mangfold og kontekstavhengighet. Det gjør den også kontekstsensitiv. Ved å gi gode kontekstuelle beskrivelser og argumenter for en generalisering er det likevel opp til mottageren av informasjonene som bestemmer hvor anvendelig resultatet som her foreligger er, og om det kan overføres til andre intervjupersoner eller situasjoner (ibid).

Refleksivitet handler om å redegjøre for de refleksjoner som har preget forskningsprosessen. Ved løpende å reflektere over spørsmål og valg både ved fremgangsmåte og konklusjoner, håper jeg det har gjort undersøkelsen transparent for leseren (Justesen & Mik-Meyer 2010).

Relevans vil si hva kunnskapen skal brukes til (Malterud 2003). Ambisjonen har vært å bidra til å gi en nyansert og god beskrivelse av hvordan allmennpraktiserende leger forstår, forklarer og forholder seg til pasienters bruk av akupunktur. Denne kunnskapen kan ha betydning for både leger, akupunktører og pasienter, og gi en større innsikt i moderne helsetjenester og helsetjenestebrukere.

Når jeg her har vist til min forståelse av- og argumentasjon for, hvordan kvalitetskriteriene er brukt, og gitt disse forutsetningene holder, håper jeg at denne oppgavens verifisering er holdbar,.

Veien videre

Dette er en masteroppgave, hvor jeg har gjort et forsøk på et selvstendig forskningsarbeid. Jeg ser at jeg *kunne* gjort mye annerledes. Perspektivet jeg har valgt, det interaksjonistisk/konstruktivistiske, viser at kunnskap konstrueres i interaksjon mellom mennesker. Vi har fått mer kunnskap om hvordan allmennpraktiserende leger ser på pasienters bruk av akupunktur, men det har også avdekket noen kunnskapshull. Derfor vil jeg peke på noen områder jeg mener bør utforskes videre:

Et av argumentene legene i studien brukte for å gi akupunktoren en plass i det fremtidige offentlige helsevesenet var at akupunktur allerede tilbys ved norske sykehus (Salomonsen 2003/2011, Jacobsen 2015). Vi har sett at akupunktur er tatt i bruk ved norske sykehus, men vi vet lite om det er etterprøvd og evaluert. Vi vet kun at akupunktur blir brukt og at dette har økt de siste 15 årene. Derfor vil en retrospektiv undersøkelse som undersøker hvorfor og hvordan akupunktur er tatt i bruk, og hvilke kunnskapstranslatoriske prosesser som har vært involvert, være av stor interesse. Dette vil både gi kunnskap om akupunktorens rolle på sykehus og hvilken type akupunktur som er akseptert: TKM eller vestlig, og gi økt kunnskap om hva som skal til for å implementere nye behandlingsformer.

Jeg har vist at når det medisinske feltet ”ikke kommer i mål”, både ved både ”diseases” og ”illness” kan pasienter velge akupunktur på eget initiativ, eller bli anbefalt akupunktur av lege. Hvis legen anbefaler akupunktur når man ”ikke kommer i mål” med en pasient, kan det sees på som at oppgaven delegeres bort. Men det offentlige helsevesenet har også et ansvar for pasienter de ikke klarer å hjelpe. Hvis denne oppgaven blir delegert bort til en alternativ behandlingsform som akupunktur, kan det gjøre noe med tillitten mellom befolkningen og

helsetjenesten. Det synliggjør behovet for at det offentlige helsevesenet bør diskutere hva man gjør med pasienter de ”ikke kommer i mål” med.

Som en av legene uttrykte:

”Fryktelig mye av dagens utfordringer, rent medisinsk sett, så er det veldig, veldig få ting som på en måte har en årsak og en behandling og så er det bra, det er kanskje en lungebetennelse, så får du antibiotika, så er du faktisk blitt kvitt årsaken. Men det meste av andre ting...” (Dr Evensen).

Det kan være av interesse å undersøke hvordan pasienter opplever det å ”ikke komme i mål” med konvensjonell behandling, og hva de mener om å bli anbefalt akupunktur av lege. Blir denne anbefalingen sett på som en ivaretagelse av pasienter eller føler de at ansvaret for deres helse blir delegert bort til alternative utøvere?

5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse problemstillingen:

På hvilken måte forstår, forklarer og forholder allmennpraktiserende leger seg til pasienters bruk av akupunktur?

Ved hjelp av Bourdiues feltanalyse har vi sett at den kunnskap og forståelse legene i studien har av akupunktur gjør at akupunktur kan defineres som et akseptert felt adskilt fra feltet av annen alternativ behandling. Akupunktur oppfattes som et felt som opererer komplementært til konvensjonell medisin. Akupunkturbehandling innebærer liten direkte risiko. Den indirekte risiko som akupunkturfeltet representerer; behandling av ukvalifisert akupunktør og akupunkturbehandling uten henvisning fra lege, kan løses ved en offentlig godkjenning. En slik offentlig godkjenning vil stadfeste det medisinske feltets maktposisjon som det feltet som opererer innenfor det offentlige helsevesenet, og som gir definisjonsmakten på helse og sykdom.

Når legene forklarer hvorfor pasienter som oppsøker akupunktør legger de vekt på at det er når konvensjonell medisin "ikke kommer i mål" med behandlingen. Enten fordi pasienten har diagnose hvor medikamentell behandling ikke har den ønskede effekten, eller fordi pasienten har en lidelse hvor konvensjonell medisin har lite å tilby. Mangel på tid i legekonsultasjonen kan også være en faktor velger alternativt.

Funnene viser at legene i studien både kommuniserer med- og forholder seg, ulikt, til pasienter som benytter seg av akupunktur. Bourdiues feltanalyse gjorde det mulig å analysere frem to former for habitus; den "tradisjonelle" og den "brobyggende" lege.

De "tradisjonelle" legene, som er definert som tilhørende en biomedisinsk modell; en lege med en biomedisinsk forståelse i sin kliniske kommunikasjon, lar pasientene selv fortelle om alternativ behandling. De syns ikke slik informasjon er nødvendig å få frem, og det blir ikke journalført. De verken tilråder eller fraråder bruk av akupunktur, men aksepterer at pasienten bruker det. Slik forholder de seg i liten grad til pasienters bruk av akupunktur.

De "brobyggende" legene, definert innunder den sosiale modellen, med en mer biopsykososial forståelse i den kliniske kommunikasjonen med pasienter, både spør om og forholder seg aktivt til om pasientene bruker akupunktur eller annen alternativ behandling. De mener selv de har nok kunnskap om akupunktur til å gi råd og kan anbefale akupunktur.

Med denne interaksjonen med pasientene skaper ”brobyggeren” bro mellom medisinfeltet og akupunkturfeltet, og bygger bro mellom seg og pasientene i måten de kommuniserer med dem på.

Alle legene i studien mener selv de trenger mer kunnskap om akupunktur.

Jeg håper også at studien har satt søkelys på at kunnskap er nødvendig for at leger skal kommunisere godt med pasientene om bruk av både akupunktur og andre alternative behandlingsformer, noe som kan øke pasientsikkerheten. Bare slik kan vi det oppfylle det myndighetene ønsker å oppnå med stortingsmeldingen Morgendagens omsorg: en ny og styrket pasientrolle hvor pasientene selv skal bli i stand til å ta et større ansvar for egen helse og ha en mer aktiv posisjon i egen behandling. Kanskje kan da den biomedisinske- og den sosiale modellen som tilhører hver sitt paradigme, få en likere tilnærming til helse og sykdom.

Litteraturliste

- Armour, M. Dahlen, H.G. and Smith, C.A. (2016). "More Than Needles: The Importance of Explanations and Self-Care Advice in Treating Primary Dysmenorrhea with Acupuncture," *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 2016, Article ID 3467067, 11 pages, 2016. doi:10.1155/2016/3467067
- Blaikie, Norman (1993): *Approaches to Social Enquiry*. Polity Press
- Bourdieu, P. (1997): Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen. Hans Reitzel Forlag, København
- Bourdieu, P. og Wacquant, L.J.D. (1996). *Refleksiv sociologi*. Hans Reitzel Forlag, København
- Bourdieu, P. (1995): *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Pax Forlag, Oslo
- Bourdieu, P. og Wacquant, L.J.D. (1993): *Den kritiske ettertanke. Grunnlag for samfunnsanalyse*. Det Norske Samlaget, Oslo.
- Bourdieu, P. og Wacquant, L.J.D. (1992): *An invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago.
- Dahm KT, Kirkehei I, Strømme H, Reinart LM. (2014). Smitteoverføring ved akupunktur. Notat – 2014. ISBN 978-82-8121-904-5
- Denzin N.K., Lincoln Y.S. (1994): *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Elo, S. and Kyngäs, H. (2008): The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62: 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Fries, C. J. (2009). Bourdieu's Reflexive Sociology as a Theoretical Basis for Mixed Methods Research An Application to Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(4), 326-348.
- Fønnebø, V. (2014) Rapport: Alternativ behandling I Norge 2014.
- Fønnebø, V., Grimsgaard, S., Walach, H., Ritenbaugh, C., Norheim, A. J., MacPherson, H., & Boon, H. (2007). Researching complementary and alternative treatments—the gatekeepers are not at home. *BMC medical research methodology*, 7(1), 1.
- Førde, R: "Helsinkideklarasjonen" (Sist oppdatert: 02. desember 2013). De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen>
- Gamst, A., Haahr, N., Kristoffersen, AE., Launsø ,L. (2006). Integrative Care and Bridge Building among health care providers in Norway and Denmark. *JACM* 2006; 2: 141-146.

Gardasevic, B. (2016). Nålebehandling I fysioterapi, om fagfeltet. Norsk Fysioterapiforbund. 06.04.16. Hentet fra:

<http://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Faggrupper/Naalebehandling-i-fysioterapi/Om-fagfeltet>

Grimen, Harald.(2009). Some reflections on an absent issue. *Medical Anthropology Quarterly* 23, 16–33.

Guest, G., Bunce, A. og Johnson, L. (2006) How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods February* 2006 18: 59-82, doi:10.1177/1525822X05279903

Guneriussen, W. (1996): *Aktør, handling og struktur*. 2 utgave. Oslo: Tano Aschehoug.

Halkier, Bente (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hall, JA., Roter, DL., Katz, NR. (1987). Task versus socioemotional behaviors in physicians. *Med Care* 1987; 25: 399–412.

Hansen, A. H., Kristoffersen, A. E., Lian, O. S., & Halvorsen, P. A. (2014). Continuity of GP care is associated with lower use of complementary and alternative medical providers: a population-based cross-sectional survey. *BMC health services research*, 14(1), 1.

Helse- og Omsorgsdepartementet. (1998b). *Aarbakkeutvalget. 13.Vurdering av alternativmedisinske behandlingsformers effekt og bivirkninger*. (NOU 1998:21). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-21/id141407/?ch=3>

Helse- og omsorgsdepartementet, (1998) Dokumenter, NOU-1998:21. 1 Lov av 19. juni 1936. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-21/20.html?id=141427>

Helse og Omsorgsdepartementet, (2008). Helseforskningsloven Kap.4 Samtykke. Sist endret 01.01.2012. Hentet fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_4

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Meld.St. 29 (2012 – 2013) Morgendagens omsorg. Tilgjengelig på: www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf (3.3.2016).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Lov om alternativ behandling. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64>

Heyerdahl O, Lystad, N (2003): *Tradisjonell kinesisk akupunktur. Dens filosofi og praktiske anvendelse i moderne medisin*. 2 utg. Oslo: Allkopi.

Hjardemaal, F. (2011): *Vitenskapsteori*. I: T.A.Kleven (red), F.Hjardemaal & K.Tveit, *Innføring i pedagogisk forskningsmetode*. Unipub. Oslo

Hofmann, B. (2008): *Hva er sykdom?* Gyldendal Akademisk, Oslo.

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

Hsieh, Hsiu-Fang og Shannon, Sarah E. (2005): Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 15:1277. DOI: 10.11177/1049732305276687

Høyskolen Kristiania. Bachelor i akupunktur: Tilgjengelig på:
<http://kristiania.no/studie/akupunktur>

Haavind, H. (2000): *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Gyldendal Norsk Forlag.

International Organization for Standardization (ISO) (2009). Guide, 73: 2009. *Risk management—Vocabulary*. Hentet fra: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:guide:73:ed-1:vl:en>

Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Høyskoleforlaget. Kristiansand.

Jacobsen, R., Fønnebø, V. M., Foss, N. and Kristoffersen, A. E. (2015). Use of complementary and alternative medicine within Norwegian hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2015, **15**:275 doi:10.1186/s12906-015-0782-5

Justesen, L. og Mik-Meyer, N. (2012): *Qualitative Research Methods in Organisational Studies*. Kapittel 2. København:Hans Reitzel Forlag.

Järvinen, M. og Mik-Meyer, N: (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observasjoner og dokumenter*. København: Hans Reitzel Forlag.

Kvale, S. og Brinkman, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Launsø, L., & Rieper, J. (2005). General practitioners and classical homeopaths treatment models for asthma and allergy. *Homeopathy*, 94(1), 17-25.

Lian, O. S. (2012). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner, I: Tjora, A. (red.) *Helsesosiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene.. LOV-2011-06-24-30-§3-2, LOV-1999-07-02-64-§14. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Low J.(2001). Alternative, complementary or concurrent health care? A critical analysis of the use of the concept of complementary therapy. *Complement Ther Med* 2001; 9: 105–10.

MacPherson, H., & Hammerschlag, R. (2012). Acupuncture and the emerging evidence base: contrived controversy and rational debate. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 5(4), 141-147.

- MacPherson H, Sinclair-Lian N, Thomas K. (2006). Beyond needling-therapeutic processes in acupuncture care: a qualitative study nested within a low back pain trial. *J Altern Complement Med* 2006;12:873–880
- MacPherson, H., Sinclair-Lian, N., & Thomas, K. (2006b). Patients seeking care from acupuncture practitioners in the UK: a national survey. *Complementary therapies in medicine*, 14(1), 20-30.
- MacPherson H, Scullion A, Thomas KJ, Walters S. (2004). Patient reports of adverse events associated with acupuncture treatment: a prospective national survey. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 349–55.
- MacPherson H, Thomas K, Walters S, Fitter M. (2001). The York acupuncture safety study: Prospective survey of 34 000 treatments by traditional acupuncturists. *BMJ* 2001;323(7311):486–487.
- Malde, K. et al (2006): Bør spesialistutdanningen i allmenntidisin effektiviseres? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 126:1353 – 5.
- Malterud, K. (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, Kirsti. 2012. "Hva forteller medisinsk uforklarte helseplager om eksemplarisk sykdom og kjønn?" *Eksempelets makt: Kjønn, representasjon og autoritet fra antikken til i dag* redigert av Anne Eriksen, Ellen Krefting og Anne Birgitte Rønning, 253-281. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945) [2012]: *Phenomenology of Perception*. TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Nada Norge, National Acupuncture Assistanse: <http://www.nada-norge.no>
- Navo, M. A., Phan, J., Vaughan, C., Palmer, J. L., Michaud, L., Jones, K. L., ... & Smith, J. A. (2004). An assessment of the utilization of complementary and alternative medication in women with gynecologic or breast malignancies. *Journal of Clinical Oncology*, 22(4), 671-677.
- Neal, E. (2013). Introduction to Neiijing classical acupuncture, part II: Clinical theory. *J Chin Med*, 102, 20-33.
- Norheim AJ. (2005). Acupuncture in health care. Attitudes to and experience with acupuncture in Norway. Avhandling for graden Dr. philos. Tromsø: Det Medisinske fakultet, UITØ, 2005.
- Norheim, A. J., & Fønnebø, V. (2000). A survey of acupuncture patients: results from a questionnaire among a random sample in the general population in Norway. *Complementary Therapies in Medicine*, 8(3), 187-192
- Norsk Forening for Medisinsk Akupunktur. Hentet fra: <http://www.medisinsk-akupunktur.no/om-medisinsk-akupunktur/>

-Norsk Legemiddelhåndbok. Publisert: 15.06.2013. Sist endret: 11.08.2014.Hentet fra: <http://legemiddelhandboka.no/søkeresultat/?q=akupunktur>

Norsk sykepleierforbund. Faggrupper- Jordmorforbundet-Utdanning: Videre-og etterutdanning for jordmødre. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/1209412/17036/Videre--og-etterutdanning>

NOU 1998: 21, 3.1. Alternativ medisin. Helse- og Omsorgsdepartementet. Tilgjengelig på: (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-21/id141407/?ch=4>).

Nortvedt, P, Grimen, H. (2004). ”Holisme og reduksjonisme”, *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Kap.7. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nyborg, L., & Launsø, L. (2007). *Uprøvinger av alternativ behandling innenfor helsevesenet i møte mellom helsepersonell og alternative behandlere*. NAFKAM Research Report.

Parsons, Talcott. (1991). *The social system*. Først utgitt 1951. London: Routledge. Nr 5

Polanyi, Michael. 2009. *The tacit dimension*. Først utgitt (1966). Chicago IL: University of Chicago Press.

Ramm, Jorun (2010): ”Helse- flere velger alternativt”. *Samfunnsspeilet 2010/2*. Statistisk sentralbyrå. Publisert 3.mai 2010.

Risberg, T. Kolstad, A (2003): Alternativ medisin – holdninger og bruk blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell i Nord-Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen 2003*; 123:604 – 6.

Robinson, A., & McGrail, M. R. (2004). Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complementary therapies in medicine, 12*(2), 90-98.

Roter, D. og Hall, J. (1992): *Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors*. Westport: Connecticut Auburn House.

Salamonsen, A. (2013). Doctor-patient communication and cancer patients' choice of alternative therapies as supplement or alternative to conventional care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences 2013*; 27 (1). s 70 - 76.s doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01002.x.

Salamonsen, A., Launsø, L., Kruse, T. E., & Eriksen, S. H. (2010). Understanding unexpected courses of multiple sclerosis among patients using complementary and alternative medicine: A travel from recipient to explorer. *International journal of qualitative studies on health and well-being, 5*(2).

Salomonsen, L. J. , Grimsgaard, S., Fønnebø, V. (2003). Bruk av alternativ behandling ved norske sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen, 123*, 631-3.

- Salomonsen LJ, Norheim AJ, Pedersen EJ, Fønnebo V.(2005). Attitude to acupuncture and homeopathy among doctors in a research position- a survey. *The Journal of alternative and complementary medicine* Volum 11, Number 2, 2005, pp.229-232.
- Salomonsen, L. J. Et al (2011):Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2011; Volum 11. ISSN 1472-6882.s doi: [10.1186/1472-6882-11-4](https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-4).
- Shuval, J. T., & Mizrachi, N. (2004). Changing boundaries: modes of coexistence of alternative and biomedicine. *Qualitative Health Research*,14(5), 675-690.
- Skovgaard, L. (2016). Use and users of complementary and alternative medicine among people with multiple sclerosis in Denmark. *Danish medical journal*, 63(1).
- Statistisk sentralbyrå, SSB. (2013). *Helseregnskap, 2012*. Statistisk sentralbyrå, sist oppdatert 13.03.2013 (Hentet 15.06 2015). Hentet fra: <http://www.ssb.no/nasjonaltregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat>
- Stensland, P. Nessa, J. og Schei, E. (2014). Medisinsk profesjonalitet: Mestring av legeyrket. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 1-2014.
- Stub, T., Quandt, S. A., Arcury, T. A., Sandberg, J. C., Kristoffersen, A. E., Musial, F., & Salamonsen, A. (2016). Perception of risk and communication among conventional and complementary health care providers involving cancer patients' use of complementary therapies: a literature review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(1), 353.
- Tansey, Oisín (2007): "Process Tracing and Elite Interviewing: A Case for Non-probability Sampling", *PS: Political Science and Politics* 40: 4, 765- 772.
- Thuren, T. (2009): *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Tovey, P., & Broom, A. (2007). Oncologists' and specialist cancer nurses' approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action. *Social science & medicine*, 64(12), 2550-2564.
- Unschuld, PU. (1985): *Medicine in China*. University of California Press.
- Verhoef, M. J., Trojan, L., Armitage, G. D., Carlson, L., & Hilsden, R. J. (2009). Complementary therapies for cancer patients: assessing information use and needs. *Chronic Dis Can*, 29(2), 80-8.
- Verhoef M, J., Boon H, Page S. (2008). Talking to cancer patients about complementary therapies: is it the physician's responsibility? *Curr Oncol*15: 88–93.
- White A. (2009). Editorial Board of Acupuncture in Medicine. Western medical acupuncture: a definition. *Acupuncture in Medicine* 2009;27:1 33-35
doi:10.1136/aim.2008.000372
- White A. (2004). A cumulative review of the range and incidence of significant adverse events associated with acupuncture. *Acupunct Med* .2004;22 (3):122– 133

White A, Hayhoe S, Hart A, Ernst E (2001): Adverse events following acupuncture: prospective survey of 32,000 consultations with doctors and physiotherapists. *BMJ*. 2001, 323: 485-486. doi:10.1136/bmj.323.7311.485.

Witt C, M, Pach D, Brinkhaus B, Wruck K, Tag B, Mank S, Willich S, N,. (2009). Safety of Acupuncture: Results of a Prospective Observational Study with 229,230 Patients and Introduction of a Medical Information and Consent Form. *Forsch Komplementmed*;16:91-97

Ytrehus, I.A. Norheim, A.J. Emaus, N. Fønnebø, V. (2010). Physicians Become Acupuncture Patients- Not Acupuncturist. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. April 2010, 16(4): 449-455. doi:10.1089/acm.2008.0634.

Zollman, C. & Vickers, A. (1999): ABC of Complementary Medicine: What Is Complementary Medicine? *British Medical Journal*, 319, 693-696.

Aanjesen T, Senstad AC, Lystad N, Kværner KJ.(2002). Akupunktur - et supplement i allmennpraksis. *Tidsskriftet Norske Lægeforening*. 122:931-3.

Aasland OG, Borchgrevink CF, Fugelli P. (1997): Norske leger og alternativ medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2464

Vedlegg / Appendiks

Vedlegg A Søknadsskjema NSD



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Allmennpraktiserende legers holdning til akupunktur	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Oslo	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det medisinske fakultet	
Institutt	Institutt for helse og samfunn	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Hilde	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Bondevik	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Stilling	Førsteamanuensis	
Arbeidssted	Institutt for helse og samfunn	
Adresse (arb.sted)	Forskningsveien 3A	
Postnr/sted (arb.sted)	0373 Oslo	
Telefon/mobil (arb.sted)	22845387 / 22845387	
E-post	hilde.bondevik@medisin.uio.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Eveline Skjønsberg	
Etternavn	Smith	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Holmenveien 35	
Postnr/sted (privatadresse)	0374 Oslo	
Telefon/mobil	95034887 /	
E-post	e.s.smith@studmed.uio.no	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Tema for min masteroppgave er allmennpraktiserende legers holdning til og erfaringer med pasienters bruk av akupunktur. Jeg vil undersøke på hvilken måte legene forholder seg til disse pasientene, hvordan de forklarer hvilke pasienter som bruker akupunktur og hvilke forklaringer de gir på hvorfor pasienter bruker akupunktur.</p> <p>Hovedproblemstillingen er: «Hva er allmennpraktiserende legers holdning til og erfaringer med pasienters bruk av akupunktur?»</p> <p>Underliggende problemstilling er om allmennpraktiserende leger kan forklare hvilke pasienter som bruker akupunktur og om de kan forklare hvorfor enkelte pasienter bruker akupunktur? Videre vil jeg undersøke hvordan legene beskriver kommunikasjon med pasienten om akupunkturbruk og hvordan de kan</p>	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p> <p>Maks 750 tegn.</p>
6. Prosjektomfang		



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Allmennpraktiserende legers holdning til akupunktur	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Oslo	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det medisinske fakultet	
Institutt	Institutt for helse og samfunn	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Hilde	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Bondevik	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Stilling	Førsteamanuensis	
Arbeidssted	Institutt for helse og samfunn	
Adresse (arb.sted)	Forskningsveien 3A	
Postnr/sted (arb.sted)	0373 Oslo	
Telefon/mobil (arb.sted)	22845387 / 22845387	
E-post	hilde.bondevik@medisin.uio.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Eveline Skjønsberg	
Etternavn	Smith	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Holmenveien 35	
Postnr/sted (privatadresse)	0374 Oslo	
Telefon/mobil	95034887 /	
E-post	e.s.smith@studmed.uio.no	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Tema for min masteroppgave er allmennpraktiserende legers holdning til og erfaringer med pasienters bruk av akupunktur. Jeg vil undersøke på hvilken måte legene forholder seg til disse pasientene, hvordan de forklarer hvilke pasienter som bruker akupunktur og hvilke forklaringer de gir på hvorfor pasienter bruker akupunktur.</p> <p>Hovedproblemstillingen er: «Hva er allmennpraktiserende legers holdning til og erfaringer med pasienters bruk av akupunktur?»</p> <p>Underliggende problemstilling er om allmennpraktiserende leger kan forklare hvilke pasienter som bruker akupunktur og om de kan forklare hvorfor enkelte pasienter bruker akupunktur? Videre vil jeg undersøke hvordan legene beskriver kommunikasjon med pasienten om akupunkturbruk og hvordan de kan</p>	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p> <p>Maks 750 tegn.</p>
6. Prosjektomfang		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		

7. Utvalgsbeskrivelse

Utvalget	Allmennpraktiserende leger med fastlegeavtale	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Tilfeldig utsendt forespørsel og via kontakter.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Brev med invitasjon og informasjonsskriv. Eveline Smith foretar kontakten.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om dette på våre temasider.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	10-12	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse

8. Metode for innsamling av personopplysninger

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		

9. Datamaterialets innhold

Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Intervjuguide med spørsmål om holdninger til og erfaringer med pasienters bruk av akupunktur.	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ○ Nei ●	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er

Spesifiser hvilke		NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc. Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Hvis ja, hvilke?		
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	

Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Intervjuene vil bli transkribert uten personopplysninger. Lydfilene vil være nedlåst og slettes ved prosjektets slutt.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, eksternt harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke		NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:15.01.2015 Prosjektslutt:20.06.2015	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektsslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Intervjuopptakene slettes.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Ingen finansiering. Mastergradsprosjekt.	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	2	

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Hilde Bondevik
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 22.12.2014

Vår ref: 41134 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.12.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>41134</i>	<i>Allmennpraktiserende legers holdning til akupunktur</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hilde Bondevik</i>
<i>Student</i>	<i>Eveline Skjønsberg Smith</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjerne.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no*

Informasjon og forespørsel om deltakelse i prosjektet:

«Allmennpraktiserende leger og deres erfaringer med og holdninger til pasienter som bruker akupunktur»

Formål:

Dette er en forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt om allmennpraktiserende leger og akupunktur. Eveline Smith er masterstudent i helsefagvitenskap ved Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo. Dette forskningsprosjektet utgjør den avsluttende hoveddelen av et 2-årig masterstudium. Veileder er seniorforsker Anita Salamonsen ved Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. Universitetet i Oslo er prosjektansvarlig.

Hensikten med prosjektet er å sette søkelys på fastlegers erfaring med pasienter som bruker akupunktur. Spørsmål som vil bli stilt kretser rundt hvordan du som fastlege forholder deg til disse pasientene, hvilke pasienter som bruker akupunktur og hvorfor, hvorfor noen leger anbefaler pasienter akupunktur, og hvem som har det medisinske ansvaret for pasienter som både bruker akupunktur og konvensjonell medisin?

Bakgrunn:

Bruk av akupunktur har økt de siste årene. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at i 1998 hadde en av ti voksne mennesker brukt alternativ behandling. Ti år senere var dette økt til en av seks. Det vil si rundt 16 % av den norske befolkningen i 2008. Akupunktur var mest vanlig. NAFKAM gjorde en undersøkelse i 2012 som kan tyde på at en tredjedel av voksne nordmenn bruker alternativ behandling. En av ti fikk akupunktur.

En undersøkelse fra 2003 viste at 19 norske sykehus tilbød akupunktur. Tall kan tyde på at mellom 34 – 64 % av norske leger anbefaler/henviser pasienter til akupunktur og hver tiende er selv behandlet med akupunktur.

Dette er bakgrunnen for å utforske nærmere hvilke utfordringer og perspektiver allmennpraktiserende leger har på pasienters bruk av akupunktur.

Du er en av 10-12 utvalgte fastleger som kontaktes om å delta i studien.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi håper i denne forbindelse at du kan tenke deg å bidra med et intervju med varighet inntil 45 minutter. Intervjuet finner sted der det passer best for deg. Intervjuet kan foregå på dag, ettermiddags/kveldstid etter hva som passer din timeplan. Intervjuene vil bli tatt opp. Opptakene vil bli oppbevart nedlåst eller på PC med passordbeskyttet område, og vil bli slettet etter prosjektets avslutning.

Eveline Smith vil selv transkribere intervjuene. Transkripsjonene vil anonymiseres med nedlåst koblingsnøkkel. Forskerne har taushetsplikt, og data vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger vil bli anonymisert i skriftlige og muntlige fremstillinger av prosjektet.

Studiens resultater vil inngå i masteroppgaven og i en til to vitenskapelige artikler som skrives basert på denne oppgaven etter dens avslutning i juni 2015.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS.

Du vil bli kontaktet per telefon av Eveline Smith etter at dette brevet er sendt ut.

Har du spørsmål til studien, ta kontakt med Eveline Smith, Tlf: 950 34 887 eller e-post: e.s.smith@studmed.uio.no eller prosjektleder Anita Salamonsen, Tlf: 776 46 868/ 971 25 135, e-post; anita.salamonsen@uit.no.

Frivillig deltakelse *Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Trekker du deg under eller etter intervjuet vil opptakets filer slettes umiddelbart og transkribert materiale vil ikke bli brukt.*

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien og er villig til å delta i den. Deltagelsen er frivillig og jeg kan trekke meg underveis uten begrunnelse.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

«Allmennpraktiserende leger og akupunktur»

Informasjon om bakgrunn og tema for intervjuet.

Spørsmål om legens bakgrunn: kjønn, alder, hvor utdannet, antall års praksis.

Kunnskap om akupunktur

Har du noen kunnskaper om akupunktur?

-Hvordan har du tilegnet deg denne kunnskapen?

Har du brukt akupunktur selv? Hvordan opplevde du det?

Hvis ikke, kunne du tenke deg å prøve akupunktur?

Har du kunnskap om forskning på akupunktur?

-Hvordan har du tilegnet deg denne kunnskapen?

Vet du noe om akupunktørutdannelsen?

Har du samarbeidet med akupunktør?

-Hvis ja, kan du utdype dette?

-Hvis nei, hva er grunnen til dette?

Kommunikasjon:

Hvordan vet du om pasienten bruker akupunktur eller annen alternativ behandling?

-Du spør?

-Pasienten forteller?

Hvilke inntrykk har du av om pasientene dine selv forteller deg om deres bruk av akupunktur?

Har du noen tanker om at noen pasienter kan synes det er vanskelig å fortelle om akupunkturbruk?

-Hvorfor tror du det er slik?

Hvordan kan du legge til rette for at slik informasjon kommer frem?

Hvor viktig er det at slik informasjon kommer frem?

Når du får vite om akupunkturbruk, blir dette journalført?

Å forholde seg til pasienter som bruker akupunktur

Hvilke erfaringer har du med pasienter som benytter/ har benyttet akupunktur?

Hvilke inntrykk har du av om det er noen fellestrekk ved pasienter som benytter akupunktur?

(Sosiøkonomisk status, kjønn, alder)

Hvilke inntrykk har du av om det er noen fellestrekk ved de symptomene, lidelsene eller diagnosene som pasienter oppsøker akupunktør for?

*Er det situasjoner hvor det er vanskelig å forholde seg til pasienter som bruker akupunktur?
Er det situasjoner hvor det er enkelt å forholde seg til pasienter som bruker akupunktur?*

Hvordan tror du allmennpraktiserende leger generelt forholder seg til akupunkturbrukende pasienter?

Hvordan vil du beskrive holdninger i ditt kollegamiljø til bruk av akupunktur?

Hvordan faller det sammen med din egen mening?

Hvordan rådgir du pasienter som spør om din mening om akupunkturbehandling egner seg for deres symptomer/tilstand/diagnose?

Er det symptomer/ tilstander/ diagnoser du har sett god effekt av akupunktur?

-Hvis ja, vil du da anbefale akupunktur til pasienter med samme diagnose?

Er det symptomer/ tilstander/ diagnoser du har sett negativ effekt av akupunktur?

Hvis ja, vil du da aktivt fraråde akupunktur til pasienter med samme diagnose?

Har du noen refleksjoner om hvorfor pasienter oppsøker akupunktur?

Risiko:

Har du opplevd at akupunkturbehandling har kommet i konflikt med din foreskrevne behandling? (Hvis ja, kan du utdype dette?)

Har du opplevd situasjoner hvor du mener akupunkturbehandling har vært uforsvarlig i forhold til pasientens situasjon? (Hvis ja, kan du utdype dette?)

Hvilke erfaringer har du om risiko ved akupunkturbruk?

Hvordan har du tilegnet deg denne kunnskapen?

Hvilke erfaringer har du om positiv effekt ved akupunkturbruk?

Hvordan har du tilegnet deg denne kunnskapen?

Hvilke utfordringer gir det deg som lege at pasienter benytter behandlingstilbud utenom det offentlige helsevesenet?

Egne synspunkter:

Hvordan forklarer du at noen leger anbefaler pasienter akupunktur?

Har du noengang anbefalt akupunktur?

-Hvis ja, kan du si mer om det?

-Hvis nei, kan du si mer om det?

Et argument for bruk av akupunktur er at pasientene tar et aktivt grep om egen helse; det fordrer en egeninnsats.

-Har pasientene et poeng når de er så opptatt av egeninnsats i forhold til egen helse?

Hvorfor/ hvorfor ikke?

Hva har konvensjonell medisin noe å lære av akupunktur?

*Trenger allmennpraktiserende leger mer kunnskap om akupunktur?
Kan du utdype svaret?*

*Har akupunktur en plass i fremtidens offentlige helsevesen?
Hvis ja: Kan du si noe mer om dette?
Hvis nei: Kan du si noe mer om dette?*

Er det andre alternative behandlingsformer du vil anbefale til dine pasienter?

*Er det noen forskjell i hvordan du tidligere så på pasienters akupunkturbruk og hvordan du oppfatter det i dag?
Hvis ja, hva har gjort at du har skiftet perspektiv?*

TAKK FOR TID OG INNSATS!