



Foto: Scampix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Nasjonale føringer fremhever nødvendigheten av samarbeid mellom profesjonsgrupper innen palliativ omsorg.

Hensikt: Artikkelen beskriver akupunktørers samarbeid med autorisert helsepersonell om pasienter i palliativ fase.

Metode: Studien baseres på samtaleintervju med 12 akupunktører, medlemmer av Norsk Akupunkturforening, som har behandlet pasienter i palliativ fase. Kvalitativ innholdsanalyse er anvendt.

Resultater: Informantene fortel-

ler om mangelfullt samarbeid med autorisert helsepersonell. De fleste tar ikke selv initiativ til samarbeid, snarere tvert imot. To faktorer framheves som forklaring på hvorfor samarbeid unngås: a) Akupunktørene har kjennskap til, eller antakelse om, negative holdinger til akupunktører blant helsepersonell («innsidekunnskap»). Akupunktørene ønsker å unngå det de oppfatter som en devaluering av dem som yrkesutøvere. b) Akupunktørene setter ikke selv av tid og ressurser til samarbeid. Noen forteller om samarbeid, men da med helsepersonell de har en etablert relasjon til. Legene anses av deltakerne som

pasientens «portvakt» for det alternative helsemarkedet. Sykepleierne oppleves som mer positive. Kanskje vil legenes «portvakt»-rolle endres dersom sykepleierne får en mer selvstendig rolle i den kommunale palliative omsorgen?

Konklusjon: Informantene beskriver begrenset samarbeid mellom autorisert helsepersonell og akupunktører. I kommunehelsetjenesten er leger og sykepleiere mulige «døråpnere» til alternativ behandling. Konsekvenser eventuelle endringer i «portvakt»-posisjonen kan få for pasienter i palliativ fase, er viktig å følge med på.

ENGLISH SUMMARY

Background: This study focuses on acupuncturists' collaboration with authorized health personnel serving patients in the palliative phase.

Purpose: Acupuncturists are active in this field and white papers consider collaboration between professions as necessary.

Methods: The study is based upon qualitative in-depth interviews with 12 members of the Norwegian Acupuncture Association who have treated patients in the palliative phase. Data is analyzed by means

of qualitative content analysis.

Results: Most informants do not initiate collaboration, they rather avoid this. Two factors may account for this: 1) the informants experience or assume that professional health workers are negative towards acupuncturists who themselves want to avoid what they consider to be a devaluation of them as professionals; 2) the acupuncturists themselves do not devote time and resources on collaboration. A few informants report collaboration; with personnel they know and with whom they have a

relation they can control. Physicians are regarded by the informants as the patient's «gate keeper» against the alternative health market. Nurses are more positive. A possible development may be that the the physician's «gate keeper» role changes if the nurses are given a more independent role in the local palliative care.

Conclusion: Lack of collaboration is highlighted as a main finding from the interviews with these informants.

Keywords: Acupuncture, Health Personnel, Palliative Care, Cooperation

» Samarbeid mellom akupunktører og annet helsepersonell – akupunktørens perspektiv

Forfattere: Cecilie Brewer,
Ellen Karine Grov og Siri Ytrehus

NØKKELORD

- Akupunktur
- Helsepersonell
- Palliasjon
- Samarbeid

INNLEDNING

Det finnes begrenset kunnskap om samarbeidet mellom akupunktører og autorisert helsepersonell om pasienter i palliativ fase. Offentlige dokumenter fremhever viktigheten av samarbeid mellom profesjonsgrupper innen den palliative omsorgen (1,2). Legene har tradisjonelt vært en sentral samarbeidspartner for akupunktørene. Norge satser på kommunale helsetjenestetilbud til pasienter i palliativ fase. Det opprettes flere stillinger for spesialkompetanse innen palliasjon eller kreftomsorg. Det etableres lindrende enheter i sykehjem. Bakgrunnen for å studere akupunktører som jobber med pasienter i palliativ fase, er at vi antar akupunktører vil bidra med smertelindring på dette området (1).

Akupunktur og tradisjonell kinesisk medisin defineres som alternativ behandling i Norge. Med alternativ behandling menes: «helse relatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som

ikke utøves av autorisert helsepersonell» (3). Internasjonalt bruker man ofte definisjonen til Verdens helseorganisasjon (WHO): «En vid gruppe av behandlingsmetoder som ikke er en del av landets egne tradisjoner, og som ikke er integrert i det dominerende behandlingssystemet» (4). Akupunktørene er en relativt ny aktør i den vestlige helseverden. Fram til 1970 kjente få vestlige leger til akupunktur (5).

Alternativ behandlingslov (3) åpner for at andre enn helsepersonell kan gi behandling som lindrer eller demper symptomer og bivirkninger samt gi behandling for å styrke immunforsvaret ved alvorlig sykdom. Det presiseres imidlertid under merknader i Ot.prp. nr. 27 §§ 6 og 7 (6) at behandling av grunnsykdommen utelukkende skal være forbeholdt helsepersonell dersom det ikke er inngått et samarbeid eller samforståelse med pasientens lege. Legen skal ha det siste ordet for å vurdere om det alternative behandlingssopplegget kan være skadelig (7).

Akupunkturhøyskolen i Norge ble i 2008 en godkjent, akkreditert privat høyskole hvor studentene kan ta bachelorgraden i akupunktur. I Norge trenger man ikke bakgrunn som helsepersonell for å studere akupunktur. Yrkesutøvelsen er da hjemlet i Lov om alternativ behandling (3). Auto-

risert helsepersonell som bruker akupunktur som metode i sin helsepersonellpraksis styres av Helsepersonelloven (8). Akupunktur er blant de mest brukte alternative behandlingsformer i Norge (9), og bruken er nesten tredoblet siden 1997 (NAFO, 2006) (10). Selv om mange leger er skeptiske til bruk av akupunktur, er det i dag en betydelig gruppe som ikke entydig avviser dette som en behandlingsmåte (11,12,13,14,15). Imidlertid varierer holdningene til bruk av akupunktur blant ulike helsepersonellgrupper (16). Når det gjelder bruk av alternativ medisin i palliasjon, viser en studie fra England at leger er generelt positive til dette (17). Studier viser at integrert

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen viser at samarbeid med autorisert helsepersonell ikke er en fast del av akupunktørens yrkespraksis og belyser mulige årsaker til dette.

Mer om forfatterne:

Cecilie Brewer er fysioterapeut, akupunktør og har master i klinisk helsearbeid. Hun jobber ved St Olavs Institutt, i Akupunkturforeningen, og ved Akupunkturhøyskolen. Ellen Karine Grov er professor ved Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag. Siri Ytrehus er professor ved Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag. Kontaktinfo: siri.ytrehus@hibu.no

behandling der også akupunktur inngår, oppleves som positivt av pasienter (18).

Både i Norge og andre land pågår en integrasjon mellom alternativ medisin og det etablerte helsevesenet (19,20). Men vestlig medisin dominerer fortsatt behandlingstilbudet og samarbeidet om pasienter i palliativ fase (19). Det er reist spørsmål om en integrasjon er realistisk gitt de store ideologiske forskjellene mellom «skolemedisin» og «alternativ behandling» (21). Selv om alternative medisinske terapiformer og alternativ medisinske terapeuter ikke har noen formell plass i helsevesenet, er akupunktører i dag representert på flere sykehus i Norge, særlig på fødeavdelingene og smerteklinikkene (22). Imidlertid arbeider de aller fleste akupunktører i Norge i private klinikker som selvstendig næringsdrivende.

Mange og sammensatte faktorer påvirker samarbeidet mellom akupunktørene og de ulike profesjonene i helsesektoren. Interprofesjonelt samarbeid er krevende. Litteraturen peker på at det finnes ulike barrierer for profesjonelt samarbeid (23). Barrierene kan være av organisatorisk, økonomisk eller strukturell karakter. Akupunktøren møter autorisert helsepersonell som har ulike holdninger til alternativ behandling. Profesjonenes ulike makt, status og posisjon i helsevesenet er særlig viktig for samarbeidet dem imellom (24). Man antar at forståelsen øker om man deler erfaringer, samhandler og kommuniserer. Spriker begrepsbruken, kunnskapsforståelsen og kulturene for mye, kan det skape konflikter (25). Selv om mye tyder på økende anerkjennelse av akupunktur, er det rimelig å regne med at akupunktørene fortsatt kan bli møtt av negative sanksjoner og kanskje

usikkerhet fra autorisert helsepersonell. Man antar derfor at akupunktørene i betydelig grad må legitimere sin virksomhet overfor samarbeidspartnere i helsevesenet. Studier viser at hemmende faktorer for bruk av akupunktører, er manglende kunnskaper om og skepsis til alternativ behandling og behandlingsresultater. Samarbeid er ressurskrevende, især når man ønsker respekt og forståelse for nye tilnæringsmåter i pleie og behandling. Begrensete ressurser og kort innleggelsestid kan også være hemmende faktorer for samarbeid (20).

I denne studien differensieres det ikke mellom særskilte typer samarbeid. Studien handler derfor både om formelt og uformelt samarbeid. Hensikten med studien er, fra akupunktørens synsvinkel, å beskrive samarbeidet mellom akupunktører og autorisert helsepersonell. Målet er å fremskaffe kunnskap om og innsikt i akupunktørens egen beskrivelse av samarbeidet, deres strategier for samarbeid samt hva som regulerer samarbeidet.

METODE

Studien baserer seg på samtaleintervju med akupunktører, og viser hvordan akupunktører beskriver samarbeidet med autorisert helsepersonell og hvilke strategier de anvender for å fremme samarbeid.

Utvalg og datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk våren 2008. Inklusjonskriteriene for deltakelse i studien var:

- Medlem av Norsk Akupunkturforening (NAFO)
- Har vært eller er behandler for pasienter i palliativ fase
- Har samarbeidet eller samarbeider med autorisert helsepersonell
- Kan besvare spørreskjema på norsk

- Kan delta i intervju på norsk
- Frivillig deltakelse

NAFOs administrasjon sendte først ut et sonderingsbrev til alle sine 670 medlemmer med spørsmål om de kunne tenke seg å være med i denne studien. Det var 28 medlemmer som responderte positivt på henvendelsen. Disse fikk et spørreskjema om omfanget av arbeidet med pasienter i palliativ fase. De som hadde behandlet flest pasienter, fikk forespørsel om deltakelse. Dette gjaldt 13 personer. En av respondentene valgte å trekke seg, og utvalget består derfor av 12 respondenter.

Tabell 1 viser en oversikt over deltakerne i studien. Fire menn og åtte kvinner deltok. De fleste arbeider enten helt eller delt i private akupunkturklinikker. Tre av disse arbeidet i tillegg som helsepersonell på sykehus eller institusjon. Kun en av respondentene arbeidet i full stilling på sykehus som helsepersonell med akupunktur som metode integrert i dette arbeidet. Ni av de tolv hadde helsepersonellbakgrunn før de begynte på akupunkturutdanningen. De var sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter (helsepersonellgruppen). Tre hadde utdanning innen alternativ medisin før de begynte på akupunkturutdanningen. De hadde erfaring fra helhetsterapi, naturmedisin og homøopati (alternativgruppen).

Intervju

Det ble foretatt ett prøveintervju. Alle intervjuene ble ledet av artikkelens førsteforfatter, og ble gjennomført enten på informanternes arbeidsplass eller i vedkommendes hjem. Tre av intervjuene ble foretatt per telefon grunnet lang avstand til intervjuer. Intervjueren anvendte en intervjuguide som hjelpemiddel for å sikre at alle aktuelle tema ble berørt (26).

Intervjuene varte i vel 60 minutter. De ble tatt opp på lydbånd og transkribert i sin helhet. Det ble inngått en avtale med alle informantene om ytterligere kontakt dersom det var behov for oppklaring eller mer informasjon. Dette ble aktuelt for to av informantene. Datatilfanget består av 157 sider. Følgende hovedområder var dekket i intervjuguiden:

- bakgrunn for yrkesvalg
- motivasjon for yrke
- erfaringer med pasientgruppa
- samarbeid med andre om pasientene

Analyse

Kvalitativ innholdsanalyse kan forstås som en systematisk analyse av tekst (27). Analysen i denne studien ble gjennomført i flere trinn. I første fase var målet å få et helhetsinntrykk av stoffet. Etter transkripsjon og grundig gjennomlesning flere ganger ble det skrevet en kort sammenfatning av hvert intervju.

I andre fase var målet å finne fram til utsagn som belyste de meningsbærende enheter fra intervjuene. Transkripsjonen ble gjen-

nomgått mange ganger i denne fasen med hensyn til studiens fire hovedområder. Videre i analysen ble teksten eller meningsenheten abstrahert og gitt en kode som kortfattet beskrev meningsenhets innhold. Flere koder med lignende og relevant innhold ble satt sammen til en kategori.

I siste fase ble materialet i sin helhet lest på nytt. Hensikten var da å studere variasjoner i beskrivelser, synspunkt og vurderinger for de ulike informantene. Hensikten var også å påse at meningen i tekstmaterialet ikke ble svekket ved presentasjonen av kategoriene (27).

Etikk

Regional etisk komité bekreftet skriftlig at prosjektet ikke var fremleggelsespliktig da det falt utenfor komiteens mandat siden informantene er voksne, samtykkekompetent behandlingspersonell, og studien ikke omhandlet helseopplysninger. Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste ga tilbakemelding om at prosjektet ikke ble vurdert som meldepliktig siden ingen personopplysninger

skulle oppbevares elektronisk. Informantene fikk tilsendt et informasjonsbrev om studiens formål og omfang, konfidensialitet og mulighet til å trekke seg når som helst. Samtlige respondenter leverte informert samtykke i underskrevet stand.

RESULTATER

Deltakerne

Deltakerne var mellom 40 og 59 år, tre menn og åtte kvinner. De fleste arbeider enten heltid eller deltid i private akupunkturklinikker. Tre av dem arbeidet i tillegg som helsepersonell på sykehus eller annen institusjon. Ni av de tolv deltakerne hadde utdanning som helsepersonell før de begynte på akupunkturutdanningen. Disse var sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Tre hadde utdanning innen alternativt medisin før de begynte på akupunkturutdanningen. De hadde erfaring fra helhetsterapi, naturmedisin og homøopati.

Samarbeid med helsepersonell

Informantene legger vekt på at de opplever en økende nysgjerrighet fra autorisert helsepersonell om akupunkturbehandling, og at helsepersonell stort sett viser overbærenhet overfor og støtter pasientens ønsker om akupunkturbehandling. Imidlertid mener alle at denne overbærenheten ikke så ofte gir seg utslag i konkret samarbeid. De mener at årsaken kan være at helsepersonell har lite eller ingen kunnskap om tradisjonell kinesisk medisin, og at akupunkturbehandlere blir overlatt til å styre denne delen av behandlingen selv. Intervjuene antyder at akupunktørene selv hverken opplever eller forventer samarbeid med behandlingsansvarlig lege:

«Jeg har vært borte i leger som sier: «Ja vel, hvis pasienten ønsker det så er det greit». Men det er

TABELL 1: Oversikt over informantene etter kjønn, alder, yrkesbakgrunn før akupunkturutdanningen og sektor for arbeidssituasjon.

Kjønn	Alder	Yrkesbakgrunn	Sektor
Kvinne 1	45-49	Helsepersonell	Privat
Kvinne 2	45-49	Alternativ behandler	Privat
Mann 1	55-59	Helsepersonell	Offentlig
Kvinne 3	55-59	Helsepersonell	Privat
Mann 2	40-44	Alternativ behandler	Privat
Kvinne 4	55-59	Helsepersonell	Både privat og offentlig
Kvinne 5	50-54	Helsepersonell	Privat
Kvinne 6	50-54	Helsepersonell	Privat
Mann 3	35-39	Helsepersonell	Både privat og offentlig
Kvinne 7	40-44	Helsepersonell	Privat
Mann 4	50-54	Alternativ behandler	Privat
Kvinne 8	55-59	Helsepersonell	Privat

sånn underforstått at herre gud altså det hjelper jo ikke allikevel, ikke sant. Litt den der! Selv om det virker. Jeg syntes det er mye større aksept for det nå enn det var før. Det er det.»

Akupunktørene skiller mellom ulike yrkesgrupper når de beskriver samarbeid. Samarbeidet med sykepleiere ble beskrevet på en annen måte enn samarbeid med leger. Akupunktørene mener at det er flere sykepleiere som selv har benyttet akupunktur, og at det er avgjørende for deres forventninger og anbefalinger. To av informantene sier at de ofte henviser kreftpasienten til kreftsykepleiere i kommunen dersom de ikke allerede er inne i et slikt nettverk. En av informantene forteller at hun har fått henvist pasienter fra kreftsykepleiere ansatt i kommunene etter et kurs hun en gang holdt for dem. To av informantene beskriver fast samarbeid med leger om pasienter i palliativ fase. De forteller om henvisning fra noen faste privatpraktiserende leger. Samarbeidet karakteriseres som langvarig.

En medvirkende faktor til manglende samarbeid er at heller ikke akupunktørene selv aktivt tar initiativ til, eller har utviklet egne strategier for dette. For de fleste av informantene som arbeider i private klinikker, er terskelen høy for å ta direkte kontakt med pasientens lege. Strategier for samarbeid er derfor så godt som fraværende. Resultatene viser også at det ikke er noen stor forskjell på samarbeidsform avhengig av om akupunktørene har en helseprofesjonsutdanning fra før eller ikke.

Intervjuene ga grunnlag for å framheve to hemmende faktorer for samarbeid. Det ene var akupunktørens oppfatning av hvordan de vil bli møtt av autorisert helsepersonell, og den andre man-

glende prioritering av samarbeid på grunn av begrensede ressurser.

«Innsidekunnskap»

Informantene forteller at de unnlater å ta direkte kontakt med autorisert helsepersonell. Når kontakt likevel er påkrevet, bruker de samarbeidsformer som gjør at de slipper direkte kontakt, eksempelvis brev eller pasienten som budbringer.

Intervjuene viser at «innsidekunnskap» var en viktig grunn til at samarbeidet er preget av unngåelsesstrategier fra informantenes side. «Innsidekunnskap» betyr her erfaringer med helseprofesjoners holdninger til akupunktørene, slik informantene oppfatter disse. Deltakerne sier de blir møtt med holdninger som de mener innebærer en devaluering av dem som yrkesgruppe. De mener at sannsynligheten er stor for at de igjen vil bli møtt med negative sanksjoner og devaluering. En bruker betegnelsen «ullen person» om måten hun mener leger betrakter henne på. Enkelte uttrykker at det tar for mye energi å forklare når aktuelle samarbeidspartnere i utgangspunktet ikke er interesserte. De viser til at de har prøvd mange ganger, men at de har nådd et «nok-er-nok»-punkt. Informantene beskriver det som belastende å utsette seg for mulige negative reaksjoner, og de anser det som energikrevende å få til et samarbeid.

«Helsepersonell – det er så (nøler) ... det går på holdninger til akupunktur. Hvis det er noen som har negative holdninger, er det ingen vits i å forklare. Men hvis de er åpne, er det mye greiere å forklare ... Dersom de er skeptiske eller avviser – er det ingen vits i å forklare. Vil ikke ha deres negativitet over meg.»

Det er ikke bare erfaringer med det «ordinære» helsevesenet

og forestillinger om andres syn på akupunkturfaget som preger samarbeidet. Akupunktørene må også forholde seg til et voksende marked av alternative behandlingsformer. Dette markedet synes å være en medvirkende faktor til at akupunktørene er forsiktige med kontakt og samarbeid. Informantene i denne studien er opptatt av å skille mellom sin egen yrkesgruppe og andre alternative behandlingstilbud. Flere uttrykker skepsis til det store mangfoldet av såkalte alternative behandlingsformer. De vet at autorisert helsepersonell ikke alltid er i stand til å skille mellom ulike alternative behandlingstilbud. Noen peker på at de opplever at leger kan prøve å beskytte pasienten mot å bli økonomisk utnyttet, noe de har stor forståelse for. Flere av informantene mener dette er en medvirkende årsak til at leger heller ikke ønsker å samarbeide med akupunktører. Kjennskap til slike holdninger kan skape forsiktighet hos akupunktørene.

«Særlig leger opplever at det er så mange pasienter som går fra gård og grunn når de prøver alternativ medisin. Familien sitter igjen med stor gjeld. Veldig mange leger, tror jeg, er skeptiske. De er redde for å henvise – å lure dem ut i økonomisk uføre. De fleste har nok egentlig ikke noe imot behandlingen, men jeg tror det er mange som er skeptiske til om det hjelper – om det har noe for seg? I forhold til uro, i forhold til søvn ... sånne ting. De fleste er veldig enige i at det kan være smertelindrende, det tror jeg det er enighet om.»

Ressurser

Akupunktørene som var ansatt i sykehus, hadde i utgangspunktet en formell samarbeidsrelasjon med autorisert helsepersonell. De ga likevel uttrykk for at de trakk seg fra aktuelle samarbeidsarenaer, men først og fremst på grunn av

tid og ressurser. Intervjuene viste at møtevirkomheten ikke alltid ble sett på som en selvfølgelig del av den totale pasientbehandlingen. Akupunktørene hadde selv ikke inkludert tid til møter og tverrfaglig arbeid i sin arbeidsdag. Den direkte pasientkontakten ble prioritert høyest, og flere beskrev at møtevirkomhet gikk ut over tiden til behandling av pasientene.

«Det er ikke noen spesiell stilling, det går på fleksibilitet og frivillighet. For jeg har ingen ... jeg får ikke noe mer penger for å være i palliativt team. Jeg får ikke noe mer fritid eller mer tid. Det er på grunn av manko på ressurser. Når jeg er i palliativt team – må jeg flekse med noen av pasientene. Prøve å få det til å klaffe. Det som skjer nå er at jeg har en liste på ti–elleve pasienter om dagen. Det blir litt masete – det blir rovdrift, det har tatt av.»

Også informantene som samarbeidet med ansatte i kommunen, mente deltakelse i teamvirkomhet gikk på bekostning av pasientbehandlingen.

DISKUSJON

Studien viser at akupunktørene i liten grad samarbeider med autorisert helsepersonell. Informantene forteller heller ikke om egne strategier for å fremme samarbeid. Funn fra denne studien kan derfor tyde på at samarbeid med autorisert helsepersonell ikke er en fast del av deltakernes yrkespraksis.

Studien viser at akupunktørene selv ikke tar initiativ til samarbeid, snarere tvert imot. De trekker seg tilbake fra mulig samarbeid. Vi har pekt på to faktorer som kan forklare dette. Den ene faktoren er kjennskap til, eller antakelse om, negative holdninger til akupunktører blant helsepersonell. Den andre faktoren er manglende ressurser og tid avsatt til samarbeid.

Resultatene ga grunn til å

fremheve «innsidekunnskap» som en regulerende kraft som påvirker holdning til samarbeid, og som noe som fører til tilbaketrekking. «Innsidekunnskap» er ensbetydende med kunnskap om, og erfaringer med, holdninger til alternative behandlingsformer som de antar finnes blant autorisert helsepersonell. Denne «innsidekunnskapen» bærer akupunktørene med seg, og den preger deres forestillinger om hvordan de kan bli møtt. «Innsidekunnskap» kan de ha fått gjennom direkte samhandling, men også gjennom kjennskap til holdninger til alterna-

og kjennskap bidrar til å bygge ned disse barrierene. Det er derfor rimelig å anta at akupunktører som fra før har helsefaglig bakgrunn vil ha andre samarbeidsstrategier og et mer aktivt samarbeid med helsepersonell, nettopp på grunn av tidligere kontakt med og kjennskap til helsevesenet. Resultatene fra denne studien tyder imidlertid ikke på dette. Blant deltakerne var det ingen forskjell i beskrivelsen av samarbeid og holdning til samarbeid, enten de hadde helsefagutdanning fra før eller ikke.

Akupunktørene som har vært

” Akupunktørene må også forholde seg til et voksende marked av alternative behandlingsformer.

tive behandlingsformer formildet i det offentlige rom. Det er dermed ikke bare negative holdninger de blir møtt med til daglig som fører til at akupunktører trekker seg tilbake, men også antakelsen om mulige negative holdninger blant helsepersonell.

«Innsidekunnskap» innebærer kjennskap til det informantene selv oppfatter som en devaluering av deres yrkesrolle. Tilbaketrekking kan oppfattes som en reaksjon på negative holdninger til dem, og som en måte å beskytte seg mot den devalueringen som kan følge.

Flere av informantene i denne studien har en helseprofesjonsutdanning fra før. Mange har pekt på at kontakt og kjennskap, vil fremme tillit og samarbeid mellom grupper. Den mest kjente versjonen av «kontakthypotesen» ble formulert av Allport (28). Han mener fordommer og manglende tillit til utgrupper eller grupper med lav status bunner i frykt og fordommer. Kontakt, samarbeid

en del av det «ordinære» helsevesenet har svært god kjennskap, ikke bare til helsevesenet og fagkunnskapen, men også til holdninger blant helsepersonell. De vet derfor mer enn andre om hvordan de kan bli møtt. Kjennskap til og kontakt med autorisert helsepersonell, er dermed ikke nok for å fremme samarbeid. I hvilken grad kontakt bidrar til å bygge ned fordommer, kan være avhengig av kontekst og sammenheng. I teorier om profesjoner er status brakt inn som en medvirkende faktor som regulerer samarbeid (24). Noen vil hevde at det først og fremst er når grupper med relativt lik status møtes at kontakt kan påvirke og redusere fordommer og derigjennom redusere tilbaketrekking (28). Ved statusforskjeller vil kontakt ikke ha noen virkning på hvordan man oppfatter hverandre.

En forklaring kan tilskrives yrkesidentitet. Selv om ny utdanning vil innebære endret yrkesidentitet, er det rimelig å regne med at yrkesidentiteten fortsatt vil

preges av tidligere yrke. Autorisert helsepersonell kan dermed spille en viktigere rolle som referansepersoner overfor akupunktører med annen helsefaglig utdanning enn overfor dem som ikke har slik utdanning fra før.

Noen forteller imidlertid om samarbeid. Det typiske for dette samarbeidet er at det er med helsepersonell som informantene kjenner godt og har en etablert relasjon til. Samarbeidet kan derfor beskrives som et samarbeid basert på bekjentskap og sterke bånd. De er på trygg grunn, blir respektert og risikerer ikke å bli møtt med negative reaksjoner.

Endrete rammer vil kunne påvirke selve yrkesutøvelsen. Ikke bare utdanningen, men også arbeidsplassen vil derfor spille en sentral rolle og sette premisser for yrkesutøvelsen og for samarbeid. Akupunktørene i privat og offentlig virksomhet har ulike arbeidsbetingelser. Akupunktørene har, som selvstendige næringsdrivende, stor frihet. De har ansvar for pasientbehandling, klinikkens selskapsform og finansiering, personalansvar, samt kontroll og styring av selve virksomheten (29). De kan styre sin arbeidsdag og er fritatt andre institusjoners normer, regler og rammer. Akupunktørene i offentlig sektor har andre arbeidsbetingelser og en formell tilknytning til det øvrige helsevesenet.

Det kunne være rimelig å anta at samarbeidet var en selvfølgelig del av yrkespraksisen for akupunktører som var tilknyttet helsevesenet. Denne studien viser imidlertid at til tross for formell tilknytning til det ordinære helsevesenet, er ikke samarbeidet en selvfølgelig del av informantenes arbeidsdag. Tid og ressurser er en sentral hemmende faktor for disse. Andre studier har vist at tid er ansett som den viktigste

begrensende faktor for bruk av akupunktur i pasientbehandling ved helseinstitusjoner, da akupunkturpatienten krever lengre behandlingstid enn andre pasienter (30). Denne studien viser at akupunktørene selv ikke ser på samarbeid som en oppgave det skal settes av tid og ressurser til.

Samarbeid mellom yrkesgrupper kan fremmes på ulike måter. Det er enkelte resultater i denne undersøkelsen som gir grunn til å anta at samarbeid basert på initiativ fra akupunktørene vil øke. Dette kan særlig gjelde den palliative omsorgen. Årsaken til dette er endret rolle og posisjon for sykepleiere i den palliative omsorgen. Andre undersøkelser tyder på mer positive holdninger til akupunktur blant kvinnelige sammenlignet med mannlige helsearbeidere, og blant sykepleiere sammenlignet med leger (12). Informantene i denne studien opplever sykepleierne som mer positive til samarbeid enn annet helsepersonell. Det antas at sykepleiere vil få en mer selvstendig rolle i den kommunale helsetjenesten, da særlig overfor pasienter i palliativ fase. Det er i dag utdannet cirka 900 kreftsykepleiere i Norge og cirka 400 har videreutdanning eller mastergrad med studieretning palliasjon. Mange av disse har en selvstendig stilling i kommunene, samtidig som de inngår i faste etablerte team, hvor ulike helseprofesjoner er representert (2). Dersom stadig flere akupunktører får positive tilbakemeldinger fra autorisert helsepersonell, så kan det skape mindre tilbakeholdenhet med tanke på samarbeid.

Lovverket åpner for og oppfordrer til tettere samarbeid mellom helsearbeidere ved at alvorlige syke kan få alternativ behandling (3,7). Vi har sett at deltakerne refererer til leger som pasientens portvakt for det alternative helsemarkedet.

Akupunktørene viser forståelse for og støtter denne rollen. Det er ikke gitt at legenes portvaktrolle opprettholdes dersom sykepleierne får en mer selvstendig rolle i den kommunale, palliative omsorgen. Dersom sykepleierne får rollen som portvakt, må de være oppmerksomme på betydningen av kunnskap og innsikt som basis for å gi råd (31). Det er viktig å følge med på hvilke konsekvenser eventuelle endringer kan få for pasienter i palliativ fase.

En faktor som kan peke i motsatt retning og bidra til at akupunktører fortsatt er tilbakeholdne med tanke på samarbeid, er det stadig økende mangfoldet av alternative behandlingsformer. Akupunktørens kunnskap om dette mangfoldet og mulige useriøse aktører kan gjøre at de fortsetter å være tilbakeholdende.

Forskning viser at samarbeid tradisjonelt er stembederlig behandlet i profesjonsutdanningene (32). Denne studien gir grunn til å stille spørsmål ved om akupunktører blir tilstrekkelig forberedt på samarbeid med autorisert helsepersonell under utdanningen. Man kan tenke at økt kunnskap om det etablerte helsevesenet og kunnskap om faktorer som påvirker samarbeid, kan bidra til at akupunktørene selv mer aktivt kan initiere samarbeid. Perspektiver på samarbeid kan med fordel vektlegges i utdanningen og dermed kanskje bli en mer naturlig del av yrkesrollen.

Begrensninger

Denne studien handler ikke om verdien av et eventuelt samarbeid hverken for akupunktørene, helsepersonell eller pasientene, eller om hvilke former samarbeidet faktisk har. Studien gir heller ikke grunnlag for å si noe om hva pasientene ønsker. Det trengs kunnskap om hvilken betydning samarbeid

helsepersonell imellom har for pasientene, og om hva pasientene ønsker. Flere har pekt på behov for forskningsbasert kunnskap om samarbeid mellom alternative behandlere og det øvrige helsevesenet (20).

Denne artikkelen baserer seg på funn fra en kvalitativ studie og kan derfor ikke generaliseres. Målet har vært å få kunnskap om akupunktørens beskrivel-

ser av holdninger til samarbeid, og om mulige mekanismer som regulerer dette samarbeidet.

KONKLUSJON

To faktorer kan bidra til å forklare hvorfor akupunktører i liten grad samarbeider med autorisert helsepersonell. «Innsidekunnskap» som medfører at akupunktører trekker seg tilbake fra samarbeid med autorisert helseperso-

nell, og «ressursknapphet» fordi akupunktørene i sin praksis ikke prioriterer tid og sted for samarbeid med autorisert helsepersonell. Akupunktørene gjør ikke rede for spesifikke strategier for å fremme samarbeid med autorisert helsepersonell, og funnene fra denne studien kan tyde på at samarbeid med autorisert helsepersonell ikke er en fast del av akupunktørens yrkespraksis.

LITTERATUR

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Stortingsmelding 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, 2009.
2. **Sosial- og Helsedirektoratet.** Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. 2007.
3. **Lovdata.** Lov om alternativ behandling av sykdom. 27. juni 2003 nr. 64; (Alternativ behandlingsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20030627-064.html&emne=alternativ&> (nedlastet 11.11.10).
4. **WHO.** Traditional Medicine. Definitions. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> (nedlastet 01.06.2009).
5. **Helse- og omsorgsdepartementet.** NOU1998:21. Alternativ medisin. 1998.
6. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Odelstingsproposisjon. nr. 27. Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo 2002–2003. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-27-2002-2003-.html?id=171475> (nedlastet 31.05.2009).
7. **Befring AK.** Lov om alternativ behandling – med kommentarer. Fagbokforlaget, Bergen. 2005.
8. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2. juli 1999 nr. 64; (Helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell&> (nedlastet 11.11.2010).
9. **Sundar T.** Forskningen innen alternativ medisin må styrkes. Tidsskr Nor Lægeförening. 2002; 122: 960–1.
10. **Norsk akupunkturförening.** Befolkningsundersøkelse om akupunktur 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.akupunktur.no/id/140.0> (nedlastet 11.06.2010).
11. **Norheim AJ, Fonnebo V.** Doctors' attitudes to acupuncture – a Norwegian study. Soc Sci Med. 1998; 47: 519–23.
12. **Risberg T, Kolstad A.** Alternativ medisin – holdninger og bruk blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell i Nord-Norge. Tidsskr Nor Lægeförening. 2003; 123: 604–6.
13. **Nguyen K D, Salomonsen L J, Norheim AJ, Syverstad DE, Fønnebo V.** Endringer i holdning til akupunktur blant medisinstudentene i Tromsø. Faculty of Medicine, University of Tromsø. 2005. Tilgjengelig fra: <http://uit.no/getfile.php?SiteId=65&PageId=1492&FileId=339> (nedlastet 02.11.2010).
14. **Norheim AJ.** Akupunktur i helsetjenesten. Holdninger til og erfaringer med akupunktur. Doktoravhandling. Tromsø: Helsevitenskapelig fakultet, Inst. for samfunnsmedisin. Universitetet i Tromsø, Tromsø. 2005.
15. **Ytrehus IM.** Personal and professional use of acupuncture among medical practitioners in Norway 1994–2004. Master thesis in Public Health. Institute of Community Medicine. University of Tromsø, Tromsø. 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.ub.uit.no/min/bitstream/10037/1067/3/thesis.pdf> (nedlastet 02.11.2010).
16. **Johannessen B.** Sykepleiere i alternativ behandling. Hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere å tilby alternativ behandling? Doktoravhandling. Bergen: Historisk filosofisk fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen. 2006.
17. **Lewith GT, Hyland M, Gray SF.** Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. Complementary Therapies in Medicine. 2001; 9: 167–72.
18. **Deng G, Vickers A, Simon Yeung K, Cassileth BR.** Acupuncture: integration into cancer care. J Soc Integr Oncol. 2006; 4:86–92.
19. **Hollenberg D.** Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. Social Science & Medicine. 2006; 62: 731–44.
20. **Nyborg L, Launsø L.** Utprøvinger av alternativ behandling innenfor helsevesenet i møte mellom helsepersonell og alternative behandlere. NAFKAM skriftserie. 2007; nr.5.
21. **Caspi O, Bell IR, Rychener D, Gaudet TW, Weil AT.** The tower of Babel: Communication and medicine – An essay on medical education and complementary-alternative medicine». Archives of Internal Medicine. 2000; 160:3193.
22. **Salomonsen L, Grimsgaard S, Fønnebo V.** Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeförening. 2003; 123: 631–3.
23. **Jacobsen DI.** Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverrfaglig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I: Repstad P, red. Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis. Tano, Oslo. 1993: 70–112.
24. **Fauske H.** Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Universitetsforlaget, Oslo. 2008: 31–53.
25. **Fossland J, Grimen H.** Selvføståelse og frihet. Introduksjon til Charles Taylors Filosofif. Universitetsforlaget, Oslo. 2001.
26. **Thagaard T.** Systematikk og Innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget, Bergen. 2003.
27. **Lundman B, Graneheim UH.** Kvalitativ innehållsanalyse. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, 2008: 159–172.
28. **Allport GW.** The Nature of Prejudice. Addison-Wesley, Cambridge Mass. 1954.
29. **Støkken AM.** Privat versus offentlig. I: Nylehn B, Støkken AM, red. De profesjonelle. Relasjoner, identitet og utdanning. Universitetsforlaget, Oslo. 2002.
30. **Joos S, Musselman B, Miksch A, Rosemann T, Szecsenyi J.** The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany – A focus group study of GPs. BMC Health Services Research. 2008; 8:13.
31. **Weiger WA, Smith M, Boon H, Richardson MA, Kaptchuk TJ, Eisenberg DM.** Advising Patients Who Seek Complementary and Alternative Medical Therapies for Cancer. Ann Intern Med. 2002; 137: 889–903.
32. **Soklaridis S, Oandasan I, Kimpton S.** Family health care teams: can health professionals learn to work together? Can Fam Physician. 2007;53:1198-1199.