Sy180H000
Bacheloroppgave i sykepleie

Nye utfordringer? Sykepleie og Komplementær – og Alternativ behandling.

Kandidatnummer 61
30.04.09

Bachelor i Sykepleie
Høgskolen i Bodø
Våren 2009

Innholdsfortegnelse:

1.0 Innledning med presentasjon av tema og problemstilling..... s.2

2.0 Metode..... s.4

Innsamling av data.....s.4

Selvvalgt litteratur..... s.5

Forskningsartikler..... s.6

Metodekritikk og utfordringer..... s.7

3.0 Hva er komplementær-og alternativ behandling?..... s.9

Hva går alternativ- og komplementær behandling ut på?..... s.11

Hva er årsaker til fremvekst av alternativ- og komplementær behandling?..... s.12

Utvikling av det komplementære - og alternative behandlingsfeltet i Norge.....s.13

Hvilke lover regulerer komplementær- og alternativ behandling?.....s.15

4.0 Hvordan kan sykepleieren møte pasienter som ønsker eller vurdere komplementær og alternativ behandling? Teoretisk refleksjon og drøftning s.17

Sykepleieren som støttespiller.....s.20

Hvordan kan våre holdninger og verdier påvirke oss?.....s.24

Hvorfor trenger vi kunnskaper om komplementære-og alternative behandlinger?...s.26

Helsevesenets utvikling; et nytt paradigme?.....s.30

6.0 Oppsummering.....s.33

7.0 Litteraturliste.....s.35

Antall Ord: 10279

1.0 Innledning med presentasjon av tema og problemstilling

I min sykepleiepraksis har jeg møtt flere pasienter som bruker, eller har vurdert alternativ og komplementær behandling[1].
En av pasientene som var innlagt for å gjennomgå behandling med cellegift for sin kreftsykdom, fortalte at han fikk akupunkturbehandling. Det hjalp han i å slappe mer av. Han følte at kroppen ble roligere og mindre anspent etter behandling.
Andre pasienter jeg har møtt har i utgangspunktet har vært lite åpen om temaet, men der jeg gjennom kontakt og tid fikk ta del i historier. En pasient sa at hun ikke trodde vi som helsepersonell hadde interesse av å høre om annen type behandling.

Møtet med disse pasientene gjorde meg nysgjerrig på komplementær og alternativ behandling. Mange av pasientene har kanskje tenkt på, eller ønsker å benytte seg av andre behandlingsmetoder enn den klassiske skolemedisinske[2]. Jeg ser at det vil bli utfordring for meg som ferdigutdannet sykepleier. Det er fordi jeg har for lite kunnskaper til å kunne samhandle og kommunisere med pasientene om temaet. I løpet av mine tre år på sykepleierutdanningen har jeg ikke mottatt undervisning om komplementær- og alternativ behandling.

Problemstillingen er følgende:
"Hvordan kan vi som sykepleiere møte pasienter som ønsker eller vurderer bruk av komplementære - og alternative behandlingsformer?"

Formålet med oppgaven er å få mer kunnskap for å oppnå faglig utvikling slik at jeg som sykepleier kan bli i stand til å møte pasientens behov. Også for at jeg bedre kan forstå bakgrunnen for hvorfor pasientene velger å benytte seg av komplementære- og alternative behandlingsformer. Hva er det som gjør at pasienter søker hjelp utenfor den offentlige helsetjenesten?
Problemstillingen er spennende og aktuell fordi alternativ- og komplementær behandling er i stor fremvekst. Den er også utfordrende fordi det er en kontrast mellom skolemedisin og alternativ medisin.

---

[1] Hva komplementær- og alternativ behandling er vil jeg utdype i teoridelen.
[2] Ifølge Helse - og Omsorgsdepartementet kan skolemedisin forstås som den kunnskapen legene benytter seg av og bygger på en biomedisinsk forståelsesmodell.

Ifølge rammeplanen for sykepleierutdanningen skal vi som sykepleiere ha handlingsberedskap i forhold til alternative behandlings- og lindringsmodeller (Kunnskapsdepartementet 2008). Yrkesetiske retningslinjer 2008 sier vi skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg av behandlingstyper. Vi skal også fremme valgmuligheter ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon.
Jeg ser at det er viktig å ha fokus på mennesket som en helhet og yte sykepleie ut fra denne forståelsen. Dette er vesentlig for en faglig forsvarlig praksis som er i tråd med Helsepersonell - og Pasientrettighetsloven.

Jeg vil i oppgaven avgrense meg til hvordan vi som sykepleiere kan bruke kunnskap om komplementær-og alternativ behandling i samtale med pasienter. Hvordan vi skal gi informasjon til pasienten, og hvorfor vi trenger kunnskaper. Samtidig vil jeg se på hvordan holdninger og verdier hos oss sykepleiere kan påvirke møtet med pasientene.
Gjennom oppgaven vil jeg bruke teori fra sykepleierteoretikeren Jean Watson, som jeg presenterer i metodedelen.
For å begrense oppgavens omfang vil jeg ikke gå inn på hvordan sykepleieren selv kan utføre komplementære-og alternative behandlingsmetoder. De fleste alternative behandlingsmetoder krever videreutdanninger og kurs (med unntak av berøring, massasje m.m.).
Det er mange ulike komplementære- og alternative behandlinger. Jeg vil i teoridelen se på fellestrekkene ved behandlingene der målet er å gi leseren en forståelse av hva komplementær og alternativ behandling er.
I oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i pasienter på somatisk sykehus.

2.0 Metode

For å belyse tema og problemstillingen har jeg valgt å gjøre et litteraturstudie. Det vil si at oppgaven bygger på allerede eksisterende litteratur på området.
Jeg fant mye litteratur om komplementær-og alternativ behandling. Dette gav meg muligheten til å undersøke temaet fra flere sider og dermed oppnå en dypere forståelse.
I prosessen med å velge metode snakket jeg med andre sykepleiere om deres erfaring med å skrive bachelor, og de hadde positive erfaringer med litteraturstudie.
Oppgaven bygges også på egne erfaringer fra praksis.

Riktig valg av metode skal være til hjelp for å oppnå kunnskap og informasjon som svarer på problemstillingen. Det stilles krav til at metoden skal gi troverdig kunnskap(Dalland 2000). Litteraturstudiet må derfor oppfylle kravene om validitet og reliabilitet. Med validitet menes det at dataen er gyldig og relevant. Reliabel er at dataen er pålitelig. Metoden jeg har valgt vil hjelpe meg i å samle inn data for å besvare problemstillingen.
Ifølge Dalland 2000 bør forskningsvirksomhet bygges videre på forskning som allerede foreligger og som vi har tillitt til. Det vil gi meg en mulighet til å sette sammen forskning på en ny måte og utvide grenser. Dette er også en av grunnene til at jeg valgte litteraturstudie.

Innsamling av data

For å finne aktuell litteratur har jeg søkt i databasene Biomed, Svemed, Bibsys, Medline, Cinahl, Pubmed og Helsebiblioteket. Nasjonalt Forskningssenter for alternativ behandling (www.Nafkam.no) og Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (www.Nifab.no) har mye relevant stoff om tema, samt artikler og linker der man kan finne faglitteratur.
Jeg har også søkt på Tidsskriftet Sykepleien, Tidsskrift for Den norske Legeforeningen og Sykepleierens faggruppe i alternativ medisin (www.sfa.no).
På internett har jeg brukt søkemotorene Google og Kvasir.
Jeg fikk varierende antall treff, alt fra 10 til 50000. Mye var ikke relevant for meg som sykepleier.
Søkeord, alene og i ulike sammensetninger, er "Komplementær og alternativ medisin", "kunnskap om komplementær og alternativ medisin blant helsepersonell/studenter/sykepleiere", "sykepleie og alternativ medisin", "holistisk sykepleie", "komplementær og alternativ behandling i Norge", "bruk av komplementær og

alternativ behandling", "holdninger blant helsepersonell og alternativ behandling", "alternativ og komplementær behandling i sykepleie", "pasient-sykepleier-forholdet", "møtet mellom pasient og sykepleier"og "profesjonell sykepleie".
Jeg har også søkt på ordene/setningene på engelsk.

Selvvalgt litteratur

Jeg har valgt sykepleierteoretikeren Jean Watson. Hennes tenkning vektlegger mye av det jeg ser på som viktig for meg som sykepleier. Hun har en holistisk tankegang, med fokus på hele pasienten. Watson er en amerikansk psykiatrisk sykepleier (1940-). Hun er utdannet ved Universitetet i Colorado og er nå professor i sykepleie. Hun har publisert flere bøker og mottatt priser for sitt arbeid innen helse og sykepleie. Watson er også grunnlegger av "Center for human caring" i Colerado (Watson 1999).
Jeg har benyttet meg av bøkene *"Nursing. The philosophy and science of caring"* fra 1985, og *"Postmodern nursing and beyond"* (1999).

Videre har jeg valgt Berit Johannessens (red.) (2008). *"Komplementær og Alternativ Behandling–en grunnbok for sykepleiere"* og Doktorgradsavhandling (2006) *"Sykepleiere i alternativ behandling. Hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere å tilby alternativ behandling?"*. Artikkelen *"Sykepleiere i alternativ behandling, hvordan vil fremtiden se ut?"* (2001) som er publisert i Tidsskriftet Sykepleien.
Johannessen ble utdannet sykepleier i 1980, videreutdannet seg som helsesøster og har tatt embetseksamen i sykepleiervitenskap. Nå jobber hun som Høyskolelektor ved sykepleierutdanningen i Agder. Johannessen fokuserer på viktigheten av behandling av både kropp og sjel, og det holistiske aspektet i sykepleie.

Jeg har også benyttet meg av Mette Karoliussen (2002) *Sykepleie – tradisjon og forandring. En humanøkologisk tilnærming.* Karoliussen er førstelektor ved høgskolen i Telemark og har i forbindelse med boken søkt kunnskap hos teoretikere og praktikere.
Hun jobber for å utvikle en sykepleierforståelse som setter den tradisjonelle sykepleien inn i dagens teknologisk–instrumentelle virksomhet. Med humanøkologisk tilnærming mener hun at det ytre miljø har større innvirkning på menneskets helsetilstand enn det vi tidligere trodde.

I tillegg har jeg brukt Vigdis Moe Christie(1991). *Den andre medisinen.* Christie er tilknyttet Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. Hun er forsker og har utgitt flere bøker innen medisin. Jerk Langer (2006). *Alternativ behandling. Metoder og virkninger.* Langer er lege og vitenskapsjournalist. Har også benyttet meg av Bjørk, Helset og Nortvedt (red.) (2002). *Møte mellom pasient og sykepleier.*

I startfasen av oppgaven var jeg i kontakt med NAFKAM, NIFAB og SFA[3]. Sykepleier Elsa Egeland, som har doktorgrad i sykepleie og er lærer ved høgskolen i Bergen. Hun har skrevet et kapittel i Johannessens bok fra 2008.
Jeg har også vært i dialog med både Watson og Johannessen pr mail, der jeg spurte om deres forhold til komplementær-og alternativ behandling. Jeg fortalte at jeg skrev bacheloroppgave om dette temaet og spurte om de hadde noen ideer og tanker rundt dette.
Jeg fikk svar fra samtlige. Tilbakemeldingene på oppgaven var positive og de har vært til god hjelp med henhold til hvor jeg kunne finne relevant data.

Forskningsartikler

Jeg har valgt ut 5 artikler med relevans for problemstillingen. Resultatet fra forskningen vil jeg komme tilbake til, og bruke gjennom oppgaven.

1.Salomonsen, Grimsgaard og Fønnebø (2003): *"Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus"*. Forfatterne jobber ved Universitetet i Tromsø, der Fønnebø er professor og leder for Nasjonalt Forskningssenter innen Komplementær og Alternativ medisin. De sendte spørreskjema til alle landets sykehus, der formålet med undersøkelsen var å beskrive bruk av alternativmedisinsk behandling på norske sykehus.

2.King O'Brian, Pettigrew og Reed (1999): *"Complementary, Alternative, Integrative: Have Nurses Kept Pace With Their Clients?"*. Jobber ved avdeling for sykepleie, Xavier Universitet i Cincinnati, USA. Forfatterne gir en systematisk oversikt over forskningslitteratur og gjennomførte et pilotstudie om sykepleiers holdninger, kunnskaper og forhold til komplementær og alternativ behandling.

[3] Sykepleierens faggruppe i Alternativ medisin.

3.Buchwald, Svenningsen og Svendsen (2005): *"En Alternativ Vej"*. Skrevet av palliasjonssykepleiere i Danmark. Artikkelen tar utgangspunkt i kvalitative intervjuer med pasienter for å undersøke hvilken betydning alternativ behandling hadde for deres opplevelse av livskvalitet.

4.Risberg og Kolstad (2003): *"Alternativ medisin – holdninger og bruk blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell i Nord-Norge"*. Forfatterne er leger ved UNN.
Det ble sendt ut spørreskjema til leger, sykepleiere og kontorpersonell ansatt ved medisinske og kirurgiske avdelinger i Helseregion Nord.

5.Newton og Fowler (2006): *"Complementary and alternative therapies: the nurse's role"*.
Fra USA, Newton er sykepleier innen mental helse. Fowler er forsker innen klinisk sykepleie og president i "American Association of Neuroscience nursing". Artikkelen tar sikte på å klargjøre hva som er sykepleierens rolle i møte med pasienter og komplementær/alternativ behandling og henviser til aktuell forskningslitteratur på området.

Metodekritikk og utfordringer

Min forforståelse, sammensetning av litteratur og bruk av sekundærlitteratur kan påvirke oppgavens pålitelighet og reliabilitet (Dalland 2000). Her er godt forarbeid viktig. På den måten kan jeg samle inn data som er pålitelig og fri for feilkilder.
Jeg har forsøkt å være bevisst egen forforståelse slik at jeg ikke bare leter opp data som bekrefter, men også det som kan avkrefte mine tanker og forestillinger.

Oppgaven er satt sammen av eget utvalgt litteratur fra artikler, forskning og forfattere. Andre ville kanskje vektlagt annen litteratur eller forskning og har andre erfaringer enn det jeg har. Dermed ser jeg at resultatet i oppgaven kunne blitt annerledes. Oppgaven vil derfor være preget av mine litteraturvalg og egen erfaringer fra praksis.
Jeg har forsøkt å anvende litteraturen slik at den gjengir korrekte resultater fra forskningen og det forfatterne har skrevet i bøkene.

I all hovedsak har jeg benyttet meg av primærlitteratur og flertallet av bøker og artikler er av nyere dato. Jeg har også brukt sekundærlitteratur. Det kan påvirke oppgavens pålitelighet og

gyldighet på grunn av at dataen er blitt tolket av en annen. Det samme vil måten jeg setter sammen og analyserer den innsamlede dataen på(Dalland 2000).
Noe av litteraturen var på engelsk. Jeg har derfor måttet oversette fra engelsk til norsk. Dette kan påvirke oppgavens pålitelighet da enkelte engelske ord kan ha ulike betydninger på norsk.

Jeg fant overraskende mye litteratur om emnet. Utfordringen lå derfor i å sortere ut og sette sammen det som er relevant for problemstilling og tema. Flere av artiklene og forskningen som finnes på databasene koster penger, eller er ikke åpen for offentligheten og var derfor vanskelig å få tak i.

Jeg har brukt langt tid på å søke opp og finne relevant litteratur og forskning om komplementær-og alternativ behandling i sykepleie. I ettertid ser jeg at det har vært en nyttig prosess som har gitt meg god oversikt, nye erfaringer og kunnskap om emnet. Den selvvalgte litteraturen vil jeg i oppgaven se på i sammenheng med egen erfaring med pasienter, sykepleieteori og min kommende fremtid som sykepleier.

3.0 Hva er komplementær – og alternativ behandling?

For å gi leseren en forståelse av hva komplementær- og alternativ behandling er, har jeg valgt å ha teori om temaet tidlig i oppgaven. Jeg vil her forklare hva behandlingene er og hva som er felles for behandlingene. Jeg vil se på utviklingen av komplementær og alternativ behandling i Norge og hvordan det har vært med på å påvirke lovverk. Kapittelet inneholder også forskning og teori om hvorfor pasientene velger å benytte seg av komplementær- og alternativ behandling.

Komplementære behandlinger er behandlinger som ikke ekskluderer lege eller sykepleier. Behandlingene kan altså brukes sammen med, supplerende, eller i tillegg til skolemedisinen. I motsetning er alternativ behandling et tilbud i stedet for skolemedisinen. Det er en gruppe behandlingsmetoder som ikke er integrert i det dominerende behandlingssystemet(King, Pettigrew og Reed 1999). Ifølge legeforeningen er alternativ behandling ikke basert på vitenskapelig skolemedisin (NIFAB[4]).
Komplementær og alternativ behandling kan sammen sees som en gruppe av mangfoldige medisinske-og helseomsorgssystemer, praksis og produkter, som ikke vurderes som en del av tradisjonell medisin. En kan også snakke om den etablerte og ikke-etablerte medisinen(Johannessen 2006:6).
Behandlingene har altså til felles at de bruker andre metoder enn offentlig skolemedisinsk og har ingen formell plass i helsetjenesten. Samtidig kan det se ut som at noen sykehus introduserer, eller stilltiende aksepterer enkelte former for alternativ behandling (Johannessen 2008).
I dag finnes det rundt 200 alternative behandlingsformer i Norge (Wikipedia og Nordenbrenden 2008). Johannessen 2008 har lagt vekt på behandlingene terapeutisk berøring, musikk, kost, akupunktur, soneterapi, homøopati, aromaterapi og healing i sin bok beregnet til sykepleierstudenter i grunnutdanningen.

Det er mange begreper som brukes om komplementær og alternativ behandling. Internasjonalt brukes ofte "CAM"; Complementary and alternative medicine", på norsk KAM; komplementær og alternativ medisin. Integrerende behandling, terapi, holistisk medisin og

[4] Nasjonalt Informasjonssenter for alternativ behandling: Definisjoner som brukes om alternativ behandling.

naturmedisin brukes også (Johannessen 2008). Mye av bakgrunnen for skillet mellom begrepene "medisin" og "behandling" ligger i eget syn og holdning til det alternative feltet. Jeg har i all hovedsak valgt å bruke begrepet "behandling" da dette er et begrep som brukes av NIFAB og Helse-og omsorgsdepartementet.

Historisk sett stammer både skolemedisinen og alternativ medisin fra folkemedisinen. Folkemedisin er tradisjoner, forestillinger og kunnskap om sykdom, behandling og helbredelse hos en folkegruppe. Lærdommen i folkemedisinen er hentet fra naturen og magien, og springer ut fra menneskets ønske etter å bevare eller gjenvinne god helse. Dette har ført til mønstre av sosiale institusjoner og kunnskapstradisjoner (NOU 1998). Skolemedisin er forankret i vår verdens syn på at naturvitenskapen er den eneste sanne vitenskapen. Den er videreutviklet fra tradisjonell medisinen og kan derfor sees som å ha bakgrunn i folkemedisinen, sammen med alternativ medisin.
I følge NOU 1998 er forståelsen av kroppens oppbygging primært den samme i alternativ medisin og skolemedisin. Forskjellene som finnes kommer hovedsakelig av at alternativ behandling bruker noen tradisjonelle modeller til å forklare enkelte relasjoner og fenomener. Eksempelvis ser man et økende bruk i skolemedisin av lys, elektrisitet og laser (diagnoseverktøy som EKG og EEG) og i alternativ behandling som lysterapi og laserteknikker.
I motsetning til skolemedisinen som er bevisbasert, er alternativ og komplementær behandling ofte basert på erfaring (Salvesen 2009[5]).

Mange er skeptiske til alternative- og komplementære behandlinger. Forskning viser lite resultater. Effekten av behandlingene har blitt omtalt som et placebo, som betyr "jeg vil behage". Placebo viser at selve forventningen om effekt kan virke inn på behandlingen. Har pasienten positive forventninger kan effekten av behandlingen øke. Placebo kan medføre subjektive og fysiske endringer. Forskning viser at placeboeffekten er et faktum (Almås m.fl. 2005).

[5] Salvesen er professor ved Universitetet i Agder. Artikkel fra avisen Fedrelandsvennen 13.03.09.

Hva går alternativ - og komplementær behandling ut på?

Alternative-og komplementære behandlinger har ulike tradisjoner og ulikt syn på sykdom. Fellestrekk ved behandlingene er at mennesket består av kropp, sinn og sjel og forholdet mellom dem (Johannessen 2001). Behandling tar utgangspunkt i kroppens vitalkraft som er kroppens selvhelbredende og reparerende evne. Målet er å styrke kroppens egen evne til helbredelse (NOU 1998). Tankenes kraft er sentralt og sykdom er en personlig opplevelse, ikke bare en diagnose. Ved å utnytte tankene og livsenergien som gjennomstrømmer mennesket, kan man behandle sykdom (Johannessen 2001).
Alt levende sees på som gjennomstrømmet av vitalkraft. Utøvere av alternativ og komplementær behandling tar ofte utgangspunkt i å stimulere denne kraften/energien, som er en del av kroppens forsvarssystem. Vitalkraften søker etter å holde belastninger som kan føre til sykdom på et så ytre plan som mulig, men når kroppen svekkes/vitaliteten reduseres vil plagene trenge dypere inn i kroppens system. Fokuset er på å forebygge og gi bedre helse (NOU 1998).

Alternative og komplementære behandlingsformer ser på kroppen som en enhetlig helhet. Hele mennesket blir ivaretatt (Johannessen 2008). Dette er et holistisk menneskesyn som også ligger til grunn for sykepleie og utøvelse av god sykepleie (Fagplan HIBO 2009). Fellestrekk for sykepleierteoretikere og sykepleiermodeller, er at alle tar utgangspunkt i et helhetssyn på mennesket (Hummelvoll 2004).
Watson 1985 og 1999 anerkjenner personens mind-body-spirit som en enhet. Både den fysiske kropp, sjelen, sinnet og det spirituelle er like viktige i en helbredelsesprosess. Pasientens sinn er pasientens følelser, intelligens og minner, og inngangsporten til kroppen og det spirituelle. Spirit er pasientens sjel, hans indre og åndelige selv. I følge Watson 1999 er omsorg for sjelen det sterkeste aspektet i kunsten å gi omsorg.

Holisme vil si å se kropp, ånd, livssituasjon, smerter, tanker, ressurser og sårbarhet som en helhet. Først ved å se menneskets fire dimensjoner; den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonen kan man utøve helhetlig sykepleie(Odland 2005).
American holistic health assosiation viser til tre aspekter ved begrepet. Det er et behandlingstilbud, en måte å oppfatte mennesket, og en måte å oppfatte omgivelsene på (Johannessen 2008:47).

Menneskesynet vi som sykepleiere har vil påvirke vårt syn på sykdom, helse, behandling og pleie. Det vil også påvirke hvordan vi ser pasientens rett til medbestemmelse og medvirkning over egen behandling og liv. En holistisk tilnærming vil innebære å se pasienten som en likeverdig samarbeidspartner (Odland 2005).

Hva er årsaker til fremvekst av alternativ og komplementær behandling?

Det kan være flere årsaker til fremvekst av komplementær og alternativ behandling. Behandlingene har mange fordeler for pasienten. De er ikke inngripende. Pasienten har mer kontroll over behandlingen og større valgmuligheter ovenfor egen helse (Newton og Fowler 2006).

Det er også en trend i samfunnet, "den grønne bølge". Vi er mer bevisst og har økt interesse for å ivareta balansen og mangfoldet i naturen. Det er også økende skepsis til bruk av tilsetningsstoffer i mat og andre miljøgifter vi utsettes for.

Mennesker reiser mer og blir eksponert for andre kulturer. Vi blir nysgjerrige på andre behandlingsformer. Tilgjengelighet har økt, noe som fører til interesse og økte kunnskaper om alternative- og komplementære behandlingsformer (NOU 1998).

Den etablerte medisinen har økt fokus på spesialisering og teknologisering. Ifølge NOU 1998 har legen mindre tid til pasienten. Det fører til at pasientene ikke får tilstrekkelig informasjon. Andre grunner kan være at pasientene har urealistiske forventninger og ikke vil innse at sykdommen er uhelbredelig. Endringer i livssyn, selvutvikling og at flere mennesker tar ansvar for egen helse ansees også å være grunner til fremvekst av alternativ medisin (NOU 1998).

Christie 1991 og Langer 2006 undersøkte hvorfor pasientene valgte alternativt. Pasientene svarte at troen på at det nytter å kjempe for å bli frisk var en årsak. Mange ønsket ikke å bruke legemidler hver dag, leve med smerter og føle seg halvsyke. Andre igjen hadde skuffede forventninger til skolemedisinen, ville ikke innse at livet tar slutt og håp.

I undersøkelsene kom det også frem at hos den alternative utøveren følte pasientene at de hadde god tid og at de var likeverdige partnere i en dialog. Et bredt spekter av pasientens behov ble ivaretatt. Pasientene opplevde å bli sett på som hele mennesker og som medarbeidere der deres erfaringer om egen situasjon ble tatt på alvor.

Betyr det at de opplevde mangler på dette i den offentlige helsetjenesten? I følge Langer 2006 ønsket pasientene å ta større del av ansvaret og medvirke aktivt i egen behandling. Alternative utøvere dekket behov de ikke fikk i skolemedisinen. Kommunikasjon var et viktig stikkord fordi mange opplevde å ikke bli forstått i helsetjenesten. Det var også liten fokus på pasienten som et menneske. Manglende informasjon om egen tilstand gjorde at flere oppsøkte alternativ behandling. Opplevelse av ensomhet og følelsen av å bli oversett i det etablerte behandlingssystemet var også oppgitte årsaker av pasientene som var med i undersøkelsene. Om lag halvparten av Norges befolkning har mottatt alternativ behandling (NIFAB[6]).

Utvikling av det komplementære- og alternative behandlingsfeltet i Norge

I 1995 ble det med bakgrunn i den store interessen for alternativ behandling nedsatt et utvalg, Aarbakke- utvalget. I en offentlig utredning, NOU 1998:21, kom utvalget med forslag og tiltak mot alternativ behandling (Johannessen 2008). Etter utredningen etablerte Norges forskningsråd i 2000 "Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin"(NAFKAM). Målet er å øke kompetansen blant helsepersonell med henhold til komplementære-og alternative behandlinger.

Lov om alternativ behandling kom i 2004 og erstattet Kvakksalverloven fra 1936. Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB) ble opprettet av Helse-og Omsorgsdepartementet i 2007. Her kan helsepersonell og befolkningen generelt finne nøytral, kvalitetssikret og forskningsbasert informasjon om alternative- og komplementære behandlinger. Det ble også opprettet en frivillig registerordning for å kunne skille mellom seriøse og useriøse behandlere (NOU 1998).

NOU 1998:21 foreslår økt samhandling mellom den etablerte helsetjenesten og alternativmedisinske utøvere. Verdens helseorganisasjon oppfordrer også medlemsland til å integrere komplementær og alternativ behandling i den nasjonale helsetjenesten (Bodeker m.fl. 2005).

---

[6] Undersøkelse "Bruk av alternativ behandling i Norge". Utført i 2007 av Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling, i samarbeid med Nasjonalt forskningssenter innen komplementær – og alternativ medisin.

Utviklingen i den offentlige helsetjenesten viser at skillet mellom skolemedisin og alternativ medisin er i ferd med å svekkes. Forskningsvirksomhet på alternativ og komplementær behandling er økende og det bevilges mer penger til forskning. Eksempelvis får samarbeidsprosjekter mellom alternative utøvere og helsetjenesten statlige tilskudd (Nyborg og Launsø 2007).
Det er også et økende samarbeid mellom den offentlige helsetjenesten og alternative behandlere (Johannessen 2008). Eksempelvis akupunktur, som er tradisjonell kinesisk medisin. Mange ser ikke lenger på akupunktur som alternativ behandling. Pasienter har nå mulighet til å motta denne behandlingen ved flere norske sykehus.

I den senere tid er det kommet nye utdanninger og skoler innen alternativ og komplementær behandling. Norske sykepleiere har startet sin egen faggruppe i alternativ medisin, SFA (Johannessen 2008). Mange sykepleierutdanninger har fagdager og pensum om alternativ- og komplementær behandling, i tråd med rammeplanen for sykepleie(Dysvik og Mauland 2008, Skrautvol 2001). Sykepleiere tar videreutdanninger i akupunktur. Kreftomsorgen bruker kunst- og uttrykksterapi. Terapeutisk berøring er også mer akseptert som en behandlingsmetode. Antallet helsesenter som tar i bruk alternativ behandling er økende (Johannessen 2008).

I tillegg utøver mange pasientforeninger press i retning av at helsetjenesten skal åpne for bruk av alternativ behandling. De ønsker også mer samarbeid og større integrering mellom alternativ medisin og helsetjenesten. Det gjelder blant annet Landsforeningen for HIV-positive, MS-forbundet, Kreftforeningen og Norges Astma- og Allergiforbund (Nyborg og Launsø 2007). NOU 1998 ønsker tiltak som øker åpenhet og respekt mellom alternativ medisin og skolemedisin for å møte pasientens behov. Pasientene selv ønsker mer kunnskap og rettledning med henhold til alternativmedisinske behandlingsformer. I tillegg har pasienter rett til å motta behandling fra alternative utøvere når de er innlagt på norske sykehus (Helsetilsynet 1995).

En av fire sykehus i Norge gir tilbud om alternativ/komplementær behandling (Salomonsen, Grimsgaard og Fønnebø 2003). Tidligere direktør ved UNN, Knut Schrøder, bekrefter at

sykehuset har benyttet seg av healere (NIFAB[7]). Musikk, visualisering, aromaterapi og massasje er også et tilbud ved flere sykehus (Salomonsen, Grimsgaard og Fønnebø 2003).

Det er flere sykehus som ønsker å utprøve samarbeid mellom alternative utøvere og helsepersonell. Blant annet UNN, Nordlandssykehuset Vesterålen og Sykehus Østfold (Nyborg og Launsø 2007). Mange arbeider med brobygging. I følge leder ved NAFKAM bør samarbeidet økes, men dette krever kunnskap. Kari Skrautvol, førstelektor, sykepleier og homeopat, mener vi bør bygge opp kompetansesenter ved sykehusene, der kvalifisert helsepersonell kan utøve alternativ og komplementær behandling (Nordbrenden 2007).
Det første sykehuset som benytter seg av integrerende medisin vil trolig ha et konkurransefortrinn på grunnlag av den økende utviklingen i bruk og interesse (Fønnebø og Grimsgaard 2004).

Hvilke lover regulerer komplementær og alternativ behandling?

Som sykepleiere har vi i praksis lover og regler vi må forholde oss til. Vi er selv ansvarlige for at jobben vi gjør til enhver tid er i tråd med gjeldende lovverk. I følge Helsepersonelloven 1999 §4 skal vi utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Vi skal også innhente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig. Med helsehjelp menes all behandling som er forebyggende, diagnostiserende, behandlende og rehabiliterende utført av helsepersonell(§3).
Alternative utøvere vil ikke komme inn under denne loven. De må forholde seg til Lov om Alternativ behandling (2003). Det samme gjelder sykepleiere som gir alternativ behandling. Utgangspunktet for loven var at alle som vil behandle sykdommer og lidelser, skal ha den muligheten (NIFAB[8]). Formålet var sikker pasientbehandling og gjelder behandling i og utenfor helsetjenesten. Bakgrunnen for loven var å styrke pasientens selvbestemmelsesrett-autonomiprinsippet (NOU 1998).
I praksis vil dette si at jeg som sykepleier må imøtekomme pasientens rett til selvbestemmelse. Det krever bevissthet og kunnskap om komplementær og alternativ behandling. Loven sier at befolkningen skal få bedre informasjon om alternativ behandling ved at vi som helsepersonell opparbeider seg kunnskap innen feltet. I følge

[7] Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling. Artikkel "UNN benyttet seg av healer".
[8] Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling. Artikkel "Hvordan er pasienter som mottar alternativ behandling juridisk sikret?".

Pasientrettighetsloven 1997 har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp (§ 3). Også mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.
Vi sykepleiere må forholde oss til pasientens rett til helsehjelp og informasjon om alternativ og komplementær behandling.

4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere møte pasienter som ønsker eller vurderer bruk av komplementære – og alternative behandlingsformer?

- teoretisk refleksjon og drøftning

Watson 1999 inkluderer og beskriver alternative-og komplementære behandlingsformer i sykepleie. At stadig flere omfavner alternativ behandling mener hun er et tegn på at dagens helsetjeneste mangler noe og at menneskene har behov for noe nytt. Hun hevder pasienter ønsker en helsetjeneste som i større grad tar hensyn til mennesket som en helhet (Johannessen 2006). Forskning understøtter at mangel på en helhetlig fokus er en av grunnene til at pasienter ønsker alternativ-og komplementær behandling(Christie 1991, Langer 2006, King, Pettigrew og Reed 1999).

Watson har i sin teori "the science of caring" fokusert på det hun kaller "de kurative faktorene". Disse faktorene omtaler Watson som retningslinjer, kjernen i sykepleie og en måte å forstå omsorg på (Watson 1985:7). Alle faktorene er viktig for utøvelse av sykepleie, men jeg vil i oppgaven ta utgangspunkt i de faktorene som er vesentlig for problemstillingen. Det er til sammen 10 faktorer, 4 av dem vil jeg se på i sammenheng med mine erfaringer, teori og forskning. Faktorene jeg vektlegger er "Utvikle et hjelpe-tillitsforhold", "Fremme mellommenneskelig samspill med læring og undervisning", "Tilrettelegge et støttende, beskyttende og/eller korrigerende mentalt, fysisk, sosiokulturelt og åndelig miljø" og "Etablere tro-håp" (Watson 1985).

Ifølge Watson 1985 er utvikling av et hjelpe-tillitsforhold grunnleggende i omsorgskvaliteten og pasientbehandling. For å oppnå et slikt forhold må vi først lære å kjenne pasienten. Hva påvirker pasienten? Hva hemmer, eller motiverer pasientens søken etter helse? Vi må lære oss å se pasienten som et tenkende og følende menneske, ikke som et objekt.
Dette er kanskje en selvfølge, men jeg har selv erfart at pasienten lett kan bli en del av rutiner og prosedyrer på en avdeling. Dette kan vi unngå ved å etablere et hjelpe-tillitsforhold til pasienten fra starten.
Det er også viktig at det er samsvar mellom våre ytre handlinger, indre opplevelser og følelser. Vi må være tilstede både fysisk, i tanker og gjennom handlinger. Å tilbringe tid sammen med pasienten er viktig for at vi som sykepleiere skal lære pasienten å kjenne.

(Watson 1985). Det vil også gjøre det lettere for pasienten å åpne seg og fortelle om sine tanker og følelser til komplementær-og alternativ behandling.

Ensomhet, følelsen av å bli oversett og ikke å bli sett på som hele mennesker. Dette er følelser flere pasienter sitter igjen med etter møte med den etablerte helsetjenesten (Christie 1991, Langer 2006). Er det slik vi vil at pasientene våre skal oppleve det? Forskningen viser at det er overraskende mange som sitter igjen med negative inntrykk og følelser etter sykehusopphold.
Å se på disse årsakene sammen med hva pasienten opplever positivt hos alternative utøvere kan hjelpe oss sykepleiere å utøve en mer tilfredsstillende pleie på alle nivå.
Det innebærer ifølge Karoliussen 2002 at pasienten ikke bare kan behandles utenifra, men også innenifra. Med det mener hun at vi sykepleiere må få kjennskap til hva pasienten opplever som begrensninger, berikelse, angst, glede og problemer. Det vil hjelpe oss til å forstå hvordan pasientene selv opplever den situasjonen de befinner seg i.

Innledningsvis skrev jeg om en pasient som ikke fortalte oss som helsepersonell at hun gikk til alternativ behandling fordi hun ikke trodde vi hadde interesse av å vite det. Et spørsmål jeg da stilte meg var om det var noe hos oss på avdelingen som gjorde at hun ikke ville dele dette? Kan det tenkes at våre holdninger ikke var rett og at våre meninger er mer synlige for pasienten enn det vi tror?
Watson 1985:25 mener at vi må formidle at vi virkelig ønsker å hjelpe. Da vil pasienten lettere oppleve tillitt og kunne snakke om temaer som er sensitive.
Forskning viser at det er et faktum at mange pasienter ikke forteller helsepersonell at de vurderer eller mottar annen behandling (Christie 1991:132). Pasienter engster seg også for at det vil få konsekvenser for annen helsehjelp. Jeg ser da at dette kan være et sensitivt tema for pasientene å ta opp med oss på ei avdeling.
Watson 1985 sier videre at faktorer som må være tilstedeværende i en hjelpende og tillitsfull relasjon er at vi sykepleiere må kunne bruke våre egne erfaringer, men også pasientens erfaringer.

Møtet med denne pasienten er en erfaring jeg vil ta med meg videre som sykepleier. Forhåpentligvis kan jeg neste gang være mer åpen og vise en aksepterende holdning som kanskje gjør det lettere for pasienten å komme i samtale med meg om alternative-og

komplementære behandlinger. Jeg ser også at jeg har mye å lære ved å lytte til pasientens egne erfaringer med andre typer behandlinger.

Når vi har etablert et hjelpe-tillitsforhold til pasienten vil det være lettere å hjelpe pasienter som er i en situasjon der de ønsker eller vurderer. Her er kommunikasjon, samtale og informasjonsformidling sentralt.
Den neste av Watsons kurative faktorer er å fremme mellommenneskelig samspill med læring og undervisning. Hun hevder vi som sykepleiere har ansvar for vekst og utvikling hos pasienten gjennom læring. Målet er at pasienten skal få bedre kunnskap om egen situasjon og gjenvinne kontroll over egen helse. Ifølge Watson 1985 vil det gjøre pasienten i bedre stand til å velge helseforebyggende og helsefremmede tiltak. I tillegg kan god informasjon redusere stress hos pasienten (Watson 1985:71).

For å hjelpe pasienten må vi inneha kunnskaper og gode kommunikasjonsferdigheter om hvordan vi formidler informasjon. Kommunikasjon innebærer ord, gester, bevegelser, kroppsstilling, lyder og er både bevisst og ubevisst (Fagermoen 2005:15).
Informasjon må ta utgangspunkt i pasientens ståsted for å gi økt kunnskap, forståelse og innsikt(Watson 1985).
Ifølge Fagermoen 2005 har vi tre oppgaver. Vi må undersøke hva pasienten trenger informasjon om. Deretter må vi skaffe den informasjonen pasienten trenger, for så å informere på en god måte. Gjennom å signalisere oppmerksomhet kan vi bidra til å gi pasienten en økt opplevelse av kontroll og mestring.

Aktiv lytting en forutsetning for god samtale. Det innebærer at vi er aktiv og deltakende i samtalen, at vi lytter og tar ansvar. Eide og Eide 2000:137-140 hevder aktiv lytting fører til raskere og dypere forståelse hos pasienten.
I praktisering av aktiv lytting må vi stille spørsmål som utdyper temaet pasienten snakker om. Noen ganger er det nødvendig at vi omformulerer eller gjentar det pasienten sier for å være sikker på at vi har hørt riktig. I slutten av samtalen er det viktig at vi oppsummerer, for å tydeliggjøre hva samtalen gikk ut på.
Vi må også stille spørsmål som åpner for refleksjon. Hva ligger bak ønsket om komplementær-og alternativ behandling? Refleksjonsspørsmål er åpen og stimulerer pasienten til å tenke fritt. Det kan hjelpe pasienten i å tenke og kjenne på hva som ligger til grunn for ønsket (Eide og Eide 2000).

Sett i lys av hvordan vi som sykepleiere kan møte pasienter som vurderer alternativ-eller komplementær behandling, ser jeg at det er viktig at vi har kunnskaper om hva behandlingene går ut på for at vi skal kunne fremme læring hos pasienten. Pasienten befinner seg i en situasjon der han/hun ønsker eller vurderer å benytte alternativ- og komplementær behandling. Da må vi kunne formidle informasjon slik at pasienten selv kan utvikle handlekraft og ta en beslutning som er basert på kunnskap. Tilstrekkelig og tilpasset informasjon er nødvendig for å ta et veloverveid valg. Da fremmer vi pasientens mulighet til selv å foreta avgjørelser.

Vi må også vurdere om det virkelig er vi som skal veilede og undervise pasienten om temaet? Ifølge Buchwald, Svenningsen og Svendsen 2005 skal vi være en respektfull dialogpartner. Dette betyr at vi skal lytte interessert til pasientens ønsker. Men det innebærer imidlertid ikke at vi skal rådgive eller veilede pasienten i valget av behandling. Her mangler vi det faglige grunnlaget. Gjennom å åpne for samtale om tema kan vi vise forståelse, men samtidig være tilbakeholden slik at pasienten kan ta egne valg (Bondevik 2002).
Forskning viser at en av grunnene til at pasienter ikke forteller oss helsepersonell at de vurderer eller benytter alternativ behandling, er frykt for å bli avvist eller være til bry (Christie 1991, Langer 2006). Mange pasienter er heller ikke vant til å dele sine bekymringer og tanker om dette temaet. Som sykepleiere kan det derfor være nødvendig at vi tar initiativ til samtale. Ved å være oppmerksom på pasientens følelser kan det også være lettere for pasienten å uttrykke sine tanker(Fagermoen 2005).

Sykepleieren som støttespiller

Mange av pasientene vi møter på sykehuset befinner seg i en vanskelig og utfordrende situasjon. Å være på sykehuset kan oppleves som en krise og noe uventet i livet.
Det er derfor viktig at pasienten opplever støtte. Med støtte mener jeg her våre handlinger for å oppmuntre, hjelpe, understøtte og bevare det som er positivt hos pasienten. Støtte innebærer praktisk hjelp og motivering til mestring(Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

For å fungere som støttespiller er det ifølge Watson 1985 avgjørende at vi vet hvordan pasienten opplever forandringene i helsen. Det vil hjelpe oss i å snu vanskelige livsopplevelser og tragedier om til styrke hos pasienten.
Her er det første møtet og samtalen med pasienten viktig. Med det mener jeg at det er viktig at pasienten opplever støtte og åpenhet om komplementære-og alternative behandlinger fra første møtet med oss på sykehuset. Det kan da være lettere for pasienter å fortelle at de ønsker eller vurderer komplementær-og alternativ behandling.

Watson 1985 vektlegger nødvendigheten av at vi samler inn subjektiv data om pasienten for å kunne fungere som støttespiller. En mer aktiv bruk av datainnsamlingen over pasientens psykiske indre behov vil trolig gjøre det lettere å avdekke ønsker og behov hos pasientene. Det er også en god anledning til å snakke om komplementære-og alternative behandlinger. Som sykepleiere kan vi spørre pasienten om de kan fortelle om seg selv, sine livserfaringer, mål og forventninger for å møte pasienten som en enhet.

Dokumentasjon er en viktig del av sykepleie. En pleieplan skal blant annet inneholde punkter som sier noe om pasientens egenverd, identitet, opplevelse av situasjon, livsmot og håp (Heggdal 2006:142-143). Ifølge Watson 1985[9] skal den enkelte pasients personlige og subjektive opplevelse være grunnlaget for vår forståelse. Pasientens subjektive opplevelser må være en rettesnor for oss sykepleiere fordi alle har ulike behov for støtte. Det hjelper oss i å utøve helhetlig sykepleie samt å forstå hva pasienten selv anser som meningen med livet.
I praksis har jeg erfart at det sjeldent er skrevet noe under overnevnte punkter. Det kan medføre at det blir vanskelig å se pasientens indre ressurser. Ofte ligger fokuset på pasientens fysiske behov, som er godt dokumentert.

En av Watsons kurative faktorer er å tilrettelegge et støttende, beskyttende og/eller korrigerende miljø. Det gjelder både mentalt, fysisk, sosiokulturelt og åndelig (Watson 1985:81). Som sykepleiere må vi ta hensyn til de mange variabler som påvirker pasientene vi møter. Ytre og indre faktorer og livsstil kan påvirke pasientens helse. Vi skal beskytte, støtte eller korrigere pasienten med tanke på pasientens stress, velvære, det private, trygghet og det estetiske miljøet. Som sykepleiere må vi forberede pasientene på hva han kan forvente og hva som forventes av han, med fokus på pasientens kontroll, valg og alternativer (Watson 1985).

[9] Watsons kurative faktor nr.10, "Å la eksistensielle-fenomenologiske få virke". s. 205-214.

Pasienten min ville ikke fortelle oss at hun mottok alternativ behandling. Kan det være at hun følte mangel på støtte og respekt vedrørende valget?
Ifølge Christie 1991 er dette også en av grunnene til at pasienter vegrer seg for å ta opp temaet med oss helsepersonell. Jeg tenker derfor det er viktig at vi skaper et miljø som tilrettelegger for åpenhet om tema. Som jeg selv erfarte tar det tid.
Etablering av tillitsforhold er avgjørende for at dette skal bli et tema vi er åpen om. Det er viktig at pasientene føler seg ivaretatt og opplever støtte omkring beslutninger og det at de deltar aktivt i egen behandlingsprosess. Vi skal bekrefte pasientens verdier og følelser og kunne bidra med nye perspektiver i en situasjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Vi er i en aktiv samarbeidsprosess med pasienten, der vi som sykepleiere arbeider for pasientens egenomsorg og forståelse av egen situasjon (Hummelvoll 2004).

Som sykepleiere må vi ha respekt for pasientens valg og beslutninger. Å vise respekt er enkelt når personer er enige. Jeg ser at det i situasjoner der pasient og sykepleier har ulike syn og holdninger kan bli mer komplekst og vanskelig. Er pasienten i en valgsituasjon, betyr ikke dette at vi ikke skal dele våre synspunkter med pasientene. Spesielt hvis pasienten spør oss. Det som er viktig er at vi bidrar til å skape et miljø der pasienten opplever støtte til å selv foreta valg som han eller hun selv opplever som riktig.
Watson 1985 hevder vi som sykepleiere har ansvar for å fremme mestringsfølelser og bevisstgjøre pasientens ansvar over egen helse. Ved å fremme mestring vil pasienten ha muligheten til selv å foreta et valg han føler seg trygg på.

Watson 1985 og 1999 vektlegger at pasienten har innflytelse og makt over egen behandling. Vi må ha økt fokus på pasientens rett til medbestemmelse og medvirkning. Bemyndigelse/empowerment, eller brukermedvirkning, er et sentralt ord i dagens helsetjeneste. Pasienten skal ha innvirkning på egen helse og ha sitt eget liv i fokus(Stang 2003).
Med tankegangen om brukermedvirkning vil det å styrke pasienten i å føle trygghet til selv å foreta selvstendige valg, være med på å gi makt til pasienten, som er i tråd med et av målene til helsetjenesten. Pasienten vet som oftest selv hva som føles rett og hvordan de vil behandles. Vi må ha økt fokus på vår behandlerrolle og vårt bidrag til selvutvikling hos pasienten.

Selv om pasientens medbestemmelse er overordnet, må vi som sykepleiere passe på at pasienten ikke blir utnyttet i en sårbar situasjon. Ifølge Schem 2004 opplever mange syke press fra omgivelsene til å "prøve alt". Spesielt gjelder dette pasienter med alvorlige og kroniske lidelser. Som sykepleiere skal vi ikke markedsføre alternative behandlinger. Vi må derfor være observant i forholdet mellom veiledning/samtale og rådgivning (Herttua 2003[10]). At vi skal ha respekt for pasientens valg trenger ikke bety at vi er forpliktet til å støtte bruken, eller fortelle at alternativ behandling virker.

Å tilrettelegge et støttende miljø innebærer også å etablere tro og håp hos pasienten (Watson 1985). Mangel på tro og håp kan påvirke behandlingseffekten og konsekvensen av sykdom. Den terapeutiske effekten av tro og håp er godt dokumentert gjennom historien.
I mange tilfeller kan håpet bære personen gjennom sorgen og for mange mennesker har troen på andre krefter en viktig rolle i helse og velvære. Meditasjon og atferdsterapi er eksempler på hvordan vi bruker tro-håp til å bedre vår tilstand. Som sykepleier må vi aldri overse de helbredende kreftene i det å tro (Watson 1985:15).
Tro og håp vil styrke pasientens mestringsfølelse. Buchwald, Svenningsens og Svendsens undersøkelse fra 2005 viser at grunnen til at mange pasienter ønsker å oppsøke alternativ-eller komplementær behandling ligger nettopp i troen og håpet på en bedre helse.

Det er mulig at kroppen har selvhelbredende evner som stimuleres ved intenst håp om bedring som vi ser ved placeboeffekten(Christie 1991:104). Det er også mulig at det er den alternative behandlingen som gir bedring i pasientens helse. Ifølge Christie 1991 er dette vanskelig å vite. Pasienten får håp og tro på bedring, og placeboeffekten er i gang.
Imidlertidig mente de fleste pasientene i Christies 1991 undersøkelse at placebovirkning ikke var årsak til bedringen de opplevde av behandlingene. Jeg tenker derfor at det er viktig at vi som sykepleiere understøtter pasientene i deres opplevelser.

En av våre roller som sykepleiere er å fungere som støttespiller for pasienten. Dette betyr imidlertid ikke at vi må være enige i alt og at vi må støtte opp om alt pasienten mener og sier. Å forstå og støtte, er ikke det samme som å anbefale.

---

[10] Høringsuttalelse fra Norsk Sykepleierforbund i forbindelse med den nye loven. "NSF støtter at Kvakksalverloven erstattes av Lov om alternativ behandling".

Vi har kanskje et annet ståsted og bakgrunn enn pasienten. Vår sykepleiepraksis er forankret i kunnskap om hvordan kroppen fungerer og hva sykdom er. Det gir oss muligheten til å se en situasjon på en annen måte.
I utgangspunktet tenker jeg at vi skal støtte pasienter som vurderer eller ønsker å prøve ulike metoder for å oppnå/styrke egen helse. Samtidig må vi være realistisk. Vi skal veilede pasientene i det som er best for dem. Tiltak og sykdomsbehandling i den offentlige helsetjenesten har langt tradisjon og er basert på forskning som vi vet gir gode resultater[11].
Til tross for rollen som støttespiller ser jeg at vi som sykepleiere har en plikt til å fortelle pasienten om fordelen og ulempen med komplementære-og alternative behandlinger.
Vi må også være realistisk med henhold til de pasientene som stoler blindt på alternative-og komplementære behandlinger. Vi bør støtte pasienten i å være en kritisk bruker av det alternative markedet men samtidig være ydmyk ovenfor pasientens ønsker og respektere dem (Buchwald, Svenningsen og Svendsen 2005).

Hvordan kan våre verdier og holdninger påvirke oss som sykepleiere?

Som sykepleiere blir vi påvirket av både personlige og kollektive verdier, som er nedfelt både i lover og yrkesetiske retningslinjer (Sneltvedt 2005). Utvikling av profesjonell kompetanse vil være preget av våre verdier, erfaringer og kunnskaper. Det er viktig at vi er bevisst og reflekterer over egne handlinger.
Som sykepleier kan vi ikke bare ta faglige hensyn i møtet med pasientens problemer, men også verdier pasienten anser som riktige og viktige i situasjonen (Sneltvedt 2005).
Å være profesjonell betyr å ikke bare hjelpe pasienten i svakheter og svikter, men også å respektere pasientens styrker og muligheter. Vi må bli flinkere til å fokusere og stimulere pasientens ressurser, slik at vi gir dem en bedre mulighet til å ivareta seg selv (Hummelvoll 2004).

Å være profesjonell sykepleier innebærer også å være empatisk. Det betyr at vi må ha en følelsesmessig evne til å leve oss inn i en annen sin situasjon (Sneltvedt 2005).
Også om vi ikke forstår hvorfor pasienten ønsker alternativ eller komplementær behandling.

[11] Dette vil jeg komme tilbake til under "Hvorfor trenger vi kunnskaper om komplementære- og alternative behandlinger?". s.28

I tillegg har vi et moralsk ansvar til å basere våre handlinger på fagkunnskap. Vi må være grensebevisst og anerkjenne pasienten som annerledes enn oss selv, for å skape en sunn form for distanse.
Ifølge Watson 1985 bør vi som sykepleiere ha en åpen, bevisst og fleksibel holdning i møtet med pasienter. Vi må inneha verdier som er åpne for kreative tenkning og muligheter. Hun hevder sykepleie må være basert på grunnleggende verdier som godhet, omtenksomhet og at vi bryr oss om både oss selv og andre.
Hva vi tror på og holdningene våre kan læres gjennom utdanning og gode rollemodeller i sykepleiestudiet (Watson 1985:10). Det involverer å se på forskjeller og individualitet blant mennesker som en god ting og hjelpe oss å tolerere dem.

En avvisende holdning kan gjøre at pasienten ikke uttrykker sine behov. Da blir konsekvensen at han ikke får den hjelp og støtte han trenger (Fagermoen 2005). Som sykepleieren må vi derfor møte pasienten med en aksepterende holdning. Ved å respektere og godkjenne, bekrefter vi pasienten. I å bekrefte ligger også å akseptere og forstå at pasientens opplevelser er gyldige og sanne for han (Hummelvoll 2004).
Våre tanker, følelser og meninger skaper en holdning mot pasienten. Holdningene preger det vi ser og vil dermed påvirke oss i møtet med pasientene (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Det er viktig at pasientene faktisk plukker opp at vi er imøtekommende og interessert i komplementære-og alternative behandlinger hvis dette er viktig for dem. Det kan vi oppnå ved å ha en rolig holdning som ikke signalisere travelhet og uoppmerksomhet (Fagermoen 2005).

Forskning viser at de fleste sykepleiere har et godt utgangspunkt i møtet med pasienter som ønsker eller vurderer alternativ og komplementær behandling. Risberg og Kolstad utførte i 2003 en undersøkelse om alternativ medisin, holdninger og bruk blant helsepersonell i Nord-Norge. Den viste at sykepleiere og kontorpersonell har en positiv holdning til alternativ medisin og til et bredt spekter av behandlinger. Flere kvinner enn menn er positive. Sykepleiere hadde også en mer positiv holdning enn leger. Risberg og Kolstad 2003 hevder at alternativ medisin vil styrke sin stilling i det fremtidige helsevesenet, da flere kvinnelige leger og sykepleiere vil være i ledende stillinger.

Møtet med denne pasientgruppen kan være utfordrende for oss sykepleiere. Vårt fag og medisinske behandlingskultur står ofte i motsetning til alternative- og komplementære

behandlinger (Buchwald, Svenningsen og Svendsen 2005). Det er viktig at våre holdninger ikke setter en stopper for pasientens ønsker om alternativ eller komplementær behandling. Samtidig er det viktig at vi opptrer på en måte som beskytter pasienten. Med det mener jeg at vi må ha hva som er til det beste for pasienten i fokus.

Ifølge Fagermoen 2005 er vi forpliktet til å fremme den sykes helse på best mulig måte, ut fra en faglig forståelse av hva han er best tjent med. I tillegg skal vi ivareta pasientens autonomi. Dette kan være vanskelig. Hva om pasientens valg eller ønske ikke er til det beste for han?
I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer skal vi respektere pasientens rett til selv å foreta valg[12]. Vi har også ansvar for at praksisen vår er faglig og etisk forsvarlig. Vi skal beskytte pasienten mot behandlingsopplegg som er faglig og etisk uforsvarlige, det vil si i strid mot pasientens beste.
Jeg ser derfor at det viktig at vi som sykepleiere søker hjelp og støtte i slike vanskelige situasjoner. Det var jeg selv nødt til når jeg møtte pasienten som ikke trodde vi var interessert i å høre om alternativ behandling. Ansatte på avdelingen diskuterte sammen hva vi kunne gjøre for at pasienter skal åpne seg for oss. Her ble våre holdninger sentral. Ingen var egentlig vant til å ta opp dette temaet med pasienten. Jeg ser at ved å ha en mer aktiv og deltakende rolle til pasienthistoriene kan vi være med på å skape mer åpenhet om tema.

I min dialog med Watson på mail, spurte jeg om hvordan vi kan møte pasientgruppen som ønsker eller vurderer komplementær-og alternativ behandling.
Hun svarer at vi som sykepleiere har mange av de samme verdiene som alternative utøvere. Det vil si omsorg for sjelen, det åndelige og menneskets selvhelbredende krefter. Hun presiserer at mye av det pasientene søker hos alternative utøvere, har vi sykepleiere selv mulighet til å ivareta, gjennom egne handlinger og holistisk sykepleie.

Hvorfor trenger vi kunnskaper om komplementære-og alternative behandlinger?

Forskning viser at pasienter har en forventning til at vi som helsepersonell skal inneha grunnleggende kunnskaper om komplementær-og alternativ behandling. I undersøkelsen til King, Pettigrew og Reed 1999 kom det fram at sykepleiere hadde et lavt kunnskapsnivå om

[12] Norsk Sykepleierforbund 09.10.2008

komplementære-og alternative behandlinger. Manglende kunnskaper gjør at vi ikke kan møte pasientene på en tilfredsstillende måte (Newton og Fowler 2006).

Da jeg i praksis møtte pasienten som gikk til akupunkturbehandling følte jeg behov for mer kunnskaper. I lys av denne situasjonen, hva bør vi ha kunnskaper om og hvorfor?
Ifølge Lov om alternativ behandling skal vi som sykepleiere kunne svare på spørsmål pasienten har om komplementære og alternative behandlinger.
Vi bør kunne henvise pasienten til seriøse utøvere. Da må vi også ha oversikt og kunnskap om at det finnes en registerordning for alternative utøvere. Dette for å sikre at pasientene mottar best mulig behandling. Vi bør også veilede og informere pasienten om hvor han eller hun selv kan finne lett tilgjengelig og pålitelig informasjon. I følge Duryea 2005 er dette sykepleierens ansvar.
Ofte vet ikke helsepersonell at vi kan tilby pasienter behandlingen på sykehuset, noe som også gir tettere oppfølging og et mer koordinert tjenestetilbud til pasientene.

Duryea 2005 hevder sykepleiere spesielt må være på vakt når det gjelder denne pasientgruppen. Det er fordi alternative-og komplementære behandlinger kan påvirke behandlingen pasienten mottar hos oss på sykehuset. Eksempelvis er det er bevist flere alvorlige interaksjoner mellom tradisjonell behandling og komplementære-og alternative behandlinger. Spesielt med henhold til bruk av urter, kosttilskudd og naturpreparater (Duryea 2005). Vi trenger kunnskap for å vite hvilke medisiner og urter det gjelder for å sikre trygg pasientbehandling og motvirke eventuelle komplikasjoner.
Ifølge Salomonsen, Grimssgaard og Fønnebø 2003 må helsepersonell vite om mulighetene og begrensningene ved alternativ-og komplementær behandling.

Våre møter med pasientene er ofte korte på grunn av kort liggetid på sykehuset. Derfor er tiltak av stor betydning. Kravet til sykepleiere, både fra oss selv, samfunnet og pasientene kan være urealistisk store. Vi kan ikke, og skal ikke, løse alle behov hos pasienten (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).
Er vi i stand til å møte behovene hos pasientgruppen som ønsker eller vurderer alternativ behandling? Kan det kreves at vi skal sette oss inn i et helt annet behandlingsfelt? Informasjonsflommen er stor. Å ha handlingsberedskap er ikke det samme som at vi må innha kunnskaper om alle de forskjellige alternative-og komplementære behandlingene. De yrkesetiske retningslinjer sier at vi skal ha kunnskap på vårt fagområde, som er det vi lærer

ved vår treårige utdanning. Vi sykepleiere har fra før av mange oppgaver i møtet med pasienten, spørsmålet er om vi virkelig trenger flere ansvarsområder?
Det vil være svært ressurskrevende å sette oss inn i alt som har med komplementær-og alternativ behandling å gjøre. Det er mange forskjellige behandlingsmetoder, forklaringsmodeller og syn på sykdom. Et alternativ kan være opplæring av pasientene til selv å finne den informasjonen de trenger. Via kunnskaper kan vi da henvise til pålitelig og kvalitetssikret informasjon.

Til tross for at det er ressurskrevende, mener jeg det er viktig at vi som sykepleiere innehar kunnskaper om komplementære-og alternative behandlinger. Som nevnt tidligere er dette grunnleggende for at vi skal kunne hjelpe pasienten til å ta trygge veloverveide valg. Ifølge Newton 2006 vil dette også gi pasienten større medvirkning over egen helse.
Samtidig er det viktig at vi er kritisk og kan vurdere hva som er best for pasienten. Det gjelder uansett hvilken holdning vi selv har til komplementære og alternative behandlingsformer.
Vi skal i utgangspunktet basere våre kunnskaper på forskning og tilstrebe at pasienten mottar best mulig behandling som har vitenskapelig godt dokumentert effekt.
Komplementær-og alternativ behandling er foreløpig lite dokumentert. De er vanskelige å forske på og forskning som er gjort viser foreløpig lite resultater og virkning. Ved enkelte alternative behandlinger mangler dokumentasjon helt(Newton og Fowler 2006).

I tillegg er det ikke alle pasienter som er klar over at alternative utøvere ikke alltid kan gi rett behandling,diagnostisere eller oppdage en sykdom som kan behandles på sykehus. Det kan blant annet øke sjansene for for sen behandling (NIFAB[13]).
Samtidig er kunnskap viktig fordi helsetjenesten er i stadig forandring og som sykepleiere må vi være forberedt på det som kommer i framtiden (Watson 1985). Vi har også en plikt til å holde oss faglig oppdatert ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer. Vi skal bidra til fagutvikling og integrere ny kunnskap i praksis.

Helsepersonell bør ikke se på den økende populariteten til alternative-og komplementære behandlinger som en konkurranse mellom alternative utøvere og den etablerte helsetjenesten. Vårt fokus som sykepleiere bør kanskje heller ligge på å skape eller tilrettelegge for et samarbeid mellom alternative utøvere og sykehusene.

---

[13] Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling. Artikkel "Pasientveiledning -viktig informasjon"

Med det mener jeg at vi kan velge å kjempe for å integrere alternativ/komplementær praksis og tradisjonell praksis i sykehus.
Sykepleiefaget er sammensatt og vi har mange oppgaver. Vi jobber allerede mye med å koordinere tjenester og tilbud til pasientene. Vi følger opp og har kunnskaper om blant annet fysioterapi og ergoterapi. Kanskje vi sykepleiere også bør oppfølge pasientens komplementære-og alternative behandlinger?
Det kan vi oppnå gjennom et tverrfaglig samarbeid mellom oss helsepersonell og alternative utøvere[14].
Jeg ser at dette kan være et godt utgangspunkt for individuell pasientpleie og omsorg. Det kan gi pasienten et bredere tilbud, større valgmuligheter og tryggere og bedre oppfølging for pasienten. Det er fordi pasienten da vil ha mulighet til å motta den behandlingen han ønsker og trenger på en plass og gjennom en mer samlet helsetjeneste.

Som sykepleiere har vi mye kontakt med pasientene, kanskje mest av alt helsepersonell. Vi har mange roller med henhold til å assistere pasienten til å opprettholde eller forbedre helsen. Newton og Fowler 2006 hevder vi er lærere, klinikere, advokater og støttespiller når vi behandler pasienten og er på en måte en brobygger mellom pasient og lege.
Det samme ser jeg hos "American Nurses Assosiation". ANA har utarbeidet "Code of ethics" som sier at sykepleiere i forhold til pasienter: fremmer, er advokat, beskytter helsen, tryggheten og pasientrettighetene(Duryea 2005).
Det er vårt ansvar å sette oss inn i forskjellige kulturer, deres syn på helse og respektere og ivareta dette hos pasienten. Først når vi har satt oss inn i pasientens totale helsesituasjon kan vi evaluere positive og negative effekter av komplementær/alternativ behandling. At vi er pasientens advokat innebærer at vi må respektere pasientens rett til å velge komplementær-og alternativ behandling. Pasienten vil være mer fornøyd og empowerment og pasientens rett til selvhelbredelse blir ivaretatt. ANA støtter pasientens rett til egenomsorg og mener henvisninger til den rette og seriøse utøveren er mulig gjennom mer kursing av oss helsepersonell. Da viser vi igjen også at vi støtter pasienten og hans valg.

[14] Forandringer må også skje på et helsepolitisk nivå. At helsepersonell har et positivt forhold til komplementære-og alternative behandlinger er et godt utgangspunkt for utvikling av samarbeid mellom den etablerte helsetjenesten og alternative utøvere. I sykehus der samarbeidsprosjekter allerede er gjennomført var både helsepersonell og alternative utøvere også positive og ønsket et videre samarbeid (Nyborg og Launsø 2007).

Helsetjenestens utvikling, et nytt paradigme?

Watson er negativ til den moderne helsetjenestenes utvikling. Hun hevder omsorgen er truet og sykepleierens vilkår er dårligere (Johannessen 2006:36). Med det mener hun at kravet til effektivitet er stor og utøvelse av helhetlig sykepleie kan være vanskelig på grunn av at omsorg er lite målbart og dermed vanskelig å forske på.
Watson hevder helsetjenesten er i krise og snakker om et paradigmevalg. Med paradigme mener hun at det er ubalanse i det vestlige samfunn. Dette er utgangspunktet for hennes ønske om å rekonstruere sykepleierens verdigrunnlag. Fokuset ligger i for stor grad på sykdom og ikke på helse. Hun mener dagens medisin har beveget seg for langt bort fra det som er menneskelig. Helse må sees som et individuelt fenomen og at mennesker blir påvirket av omgivelsene (Watson 1985). Karoliussen 2002 hevder den medisinske behandlingskulturen ikke tar i betraktning subjektive opplevelser.

Forventningene til helsetjenesten og oss sykepleiere er i forandring. Dette betyr at vi må se videre, forbi vestlig medisin og dets fokus på å kurere sykdom(Watson 1999). Svaret på økende helseproblemer finner vi ikke i medikamenter, mer teknologi og flere sykehus, men i nye rammeverk for vår forståelse av helse og sykdom (Egeland 2001).
Det er ikke bare Watson som snakker om et nytt paradigme, både Karoliussen 2002 og Johannessen 2006 mener vi står foran "nye tider" i helsetjenesten. De mener samfunnet vil bevege seg fra det rådende reduksjonistiske og mekaniske synspunktet, til å se at vi lever i en sammenbundet verden. Biologiske, psykologiske, sosiale og miljømessige aspekter må forstås som en helhet og ikke hver for seg (Watson 1999, Karoliussen 2002, Johannessen 2006)

Watson hevder vi som sykepleiere må velge forandring og modning innenfor vårt paradigme. Hvis ikke vil andre profesjonelle grupper tre frem for å møte publikums behov (Watson 1999). I følge Karoliussen 2002 kan vi gjennom samspill påvirke pasientens selvhelbredende krefter. Nærhet, kjærlighet og omsorg fra oss sykepleiere kan bidra til fysiologiske endringer som fremmer helse og helbredelse.

Vi bør i større grad omfavne, være stolt av vårt fag og se betydninger av vår sammensatte utdanning. Watson 1999 vil gjentenne lampen til Florence Nightingale og endre fokuset fra hodet til hjertet (Johannessen 2006:35). Vi har som sykepleiere både et moralsk og et sosialt ansvar for å verne om omsorgen og omsorgsverdiene må styrkes.

Vi må bevare det som er menneskelig i samfunnet. Hun sier vi må se verden på en ny måte der følelsenes og intuisjonens betydning gjenetableres. Newton og Fowler 2006 er enige med Watson 1999 når hun sier at sykepleiere bør jobbe aktivt for å integrere komplementære og alternative metoder inn i den offentlige helsetjenesten. Vi har ansvaret for pasientens helse og ved å ha full oversikt over behandlingen pasienten mottar vil pasienten få en tryggere og bedre behandling.

Her er jeg delvis uenig med Watson. Jeg ser at det ikke bare er fordeler med å integrere behandlingene på sykehuset. Hvis vi tar det alternative inn i sykehuset vil det miste mye av sin "kraft". Med det mener jeg at det slutter å være alternativt og blir kalt medisin. Det er behov for noe annerledes,"magisk", og "mystisk". Mennesket har behov for å tro på mirakler (Buchwald, Svenningsen og Svendsen 2005). Det er nettopp slik mange oppfatter det alternative behandlingsfeltet.
Jeg tenker også at det er viktig for å bevare tro og håp hos pasientene. Ifølge Newton og Fowler 2006 er en av drivkreftene til komplementære-og alternative behandlinger nettopp troen på at behandlingen virker og kan utgjøre en forskjell i helsen.
Kanskje pasienten bør få ha et annet valgalternativ? At pasienten selv kan velge andre veier tror jeg er viktig fordi det kan styrke pasientens mestringsfølelse ved at de selv tar initiativ og ansvar. Å ha mulighet til å velge vil kunne gi en positiv frihetsfølelse og mer makt til pasienten. I tillegg vil valgmuligheten være viktig for livskvaliteten inntil vi på sykehuset kan imøtekomme flere av pasientens behov (Buchwald, Svenningsen og Svendsen 2005).

I det nye paradigme vil omsorgsfull bevissthet hos oss sykepleiere være sentral. Med det mener Watson at vi må ha et terapeutisk nærvær, vi må være åpen, intensjonelt og autentisk til stede. Et omsorgsfullt miljø er et miljø som tilbyr utvikling av potensialet, samtidig som pasientene skal ha mulighet til å velge selv hva som er best for dem (Watson 1985). Hun fokuserer, i likhet med Florence Nightingale, på hvordan fysiske omgivelser kan påvirke vår helse, og peker på betydningen av estetikk og miljøet vi befinner oss i (Watson 1999).

Selv erfarer jeg at sykepleierfaget i praksis i stor grad er basert på vitenskap og skolemedisinen. Det holistiske menneskesynet er til tider vanskelig å utøve. Dels på grunn av dårlig tid og forventningene om effektivitet, men også med bakgrunn i hvordan helsetjenesten er bygd opp. Sykdom sees på i sammenheng med feil i enkeltdeler og enkeltprosesser i kroppen og sykehusets avdelinger er oppdelt etter organer i kroppen.

Det fokuseres i stor grad på sykdom og hva som avviker fra det normale.

Fokuset til oss sykepleiere bør være å se på helse i videre forstand. Vi bør være bevisst på hvilke faktorer som påvirker bevegelse mot bedre helse og velvære. Mennesket med et helseproblem bør være i sentrum, ikke sykdommen de er rammet av.

6.0 Oppsummering

Pasientgruppen som ønsker eller vurderer alternativ-og komplementær behandling er stadig økende. I et sykepleiefaglig perspektiv medfører utviklingen store krav til oss sykepleiere, både faglig og personlig. Det innebærer at kommunikasjon og pleie kan bli mer krevende og utfordrende.
Et viktig poeng er at vi som sykepleiere tilrettelegger for at pasienten selv har et godt grunnlag for å velge. For å kunne dette ser jeg at vi trenger kunnskaper om hva komplementær og alternativ behandling er. Det vil gi oss større handlingsberedskap i forhold til at pasientens valg er til det beste for hans helsesituasjon. Vi må fungere som en støttespiller der pasientens subjektive opplevelser er i fokus. Som samtalepartner må vi ha praktiske ferdigheter innen samtale og kommunikasjon, samt formidling av informasjon og pasientundervisning. Som sykepleiere må vi også være oss selv og våre holdninger bevisst i møtet med pasientene. Selv om vi ikke er enige eller støtter pasientens beslutninger, må vi møte pasienten med respekt og legge til rette for at valget er basert på kunnskap. Vi må også ta i betraktning pasientens rett til medbestemmelse.
Åpenhet om tema er sentralt for at vi skal få et tillitsforhold til pasienten. Vi må kunne reflektere over eget syn på komplementære og alternative behandlingsformer.

Gjennom å se på årsakene til at pasientene velger alternativ- eller komplementær behandling har jeg lært at vi må ha et større fokus på holistisk sykepleie. Flere av behovene pasientene får dekt av alternative utøver har vi som sykepleiere muligheten til å dekke i den offentlige helsetjenesten. Derfor er det viktig å se på bakgrunnen for pasientenes ønsker. Her har også Watsons sykepleierteori lært meg mye. Sykepleierteori er sentralt i sykepleie. Det er viktig at vi er bevisst hvordan den påvirker omsorgen, forholdet og behandlingen av pasientene våre. En av de viktigste faktorene er at jeg som sykepleier må ta mer hensyn til pasientens indre, det spirituelle og åndelige i den daglige pleien, som er holistisk sykepleie.

Gjennom oppgaven har jeg lært mye og forstår mer. Jeg ser at det vil være en utfordring for sykepleierutdanningene å gi studentene grunnleggende kunnskaper for å kunne møte pasientgruppen. Samtidig tenker jeg det er viktig for å kvalitetssikre sykepleien og bør derfor være en naturlig del av undervisningen i Bachelor i sykepleie.

Ved å gå i dybden på tema har jeg utviklet et bedre grunnlag for samhandling og kommunikasjon med pasienter som ønsker eller vurderer komplementære og alternativ behandling. Hadde jeg visst det jeg vet nå, kunne jeg kanskje ha møtt pasientene jeg nevner innledningsvis annerledes.
Jeg har satt meg inn i lovverk som regulerer vårt sykepleiefag, hva komplementær og alternativ behandling er og belyst ulike sider ved sykepleierens roller.

Jeg har prøvd å ha problemstillingen i fokus i hele oppgaven. Et av målene med å skrive bachelor er å fordype seg i et felt av sykepleien man synes er interessant. Jeg føler at dette målet er nådd. Litteraturstudie har vært et godt redskap for å besvare problemstillingen og metodevalget var rett for oppgaven.
Jeg ønsker og savner mer åpenhet om komplementær og alternativ behandling. Jeg ser at menneskets indre ressurser og evne til selvhelbredelse er for lite vektlagt i dagens helsetjeneste.

7.0 Litteraturliste

- Almås, Hallbjørg m.fl. (2005). Sykepleie til pasienter med smerter. I: Almås, Hallbjørg (red.). (2005). *Klinisk sykepleie bind 1.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, Hilde og Tom Eide (2000). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagermoen, May Solveig (2005). Samtale, undervisning og veiledning. I: Almås, Hallbjørg (red.). (2005). *Klinisk sykepleie bind 1.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggdal, Kristin (2006). *Sykepleiedokumentasjon.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, Jan Kåre (2004). *Helt-ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005). *Grunnleggende sykepleie Bind 3.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Odland, Liv-Helen (2005). Menneskesyn. I: Brinchmann, Berit Støre (red.). (2005). *Etikk i sykepleien.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, Torild (2005). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I: Brinchmann, Berit Støre (red.). (2005). *Etikk i sykepleien.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stang, Ingun (2003). Bemyndigelse - En innføring i begrepet og empowerment-tenkingens relevans for ansatte i velferdsstaten. I: Hauge, Hans A. og Maurice B. Mittelmark (red.). (2003). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog.* Bergen: Fagbokforlaget.

Offentlige publikasjoner:

- NOU 1998:21 (1998). *Alternativ medisin.* Oslo: Statens Forvaltningstjeneste. Hentet 20. februar 2009 fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1998/NOU-1998-21.html?id=141407

Selvvalgt litteratur[15]:

- Bodeker m.fl. (2005) I: Nyborg, Lisbeth og Laila Launsø (2007). *Utprøvinger av alternativ behandling innenfor helsevesenet i møte mellom helsepersonell og alternative behandlere.* Universitetet i Tromsø: NAFKAM Skriftserie nr.5. 41 sider.
- Bondevik, Margareth (2002). Mellom avhengighet og selvhjulpenhet. I: Bjørk, Ida Torunn, Sølvi Helset og Finn Nortvedt (red.). (2002). *Møte mellom pasient og sykepleier.* Oslo: Gyldendal Akademisk. 291 sider.
- Buchwald, Dorte, Lars Møller Svenningsen og Lisa Nørgaard Svendsen (2005). *En alternativ vej.* I: Tidsskriftet Sykeplejersken nr.15. 5 sider.
- Christie, Vigdis Moe (1991). *Den andre medisinen.* Oslo: Universitetsforlaget. 238 sider.
- Duryea, Barbara (2005). *Marching to the Beat of a Different Drummer. Complementary and Alternative Medicine.* USA: Imprint; 52(2):54-7. 4 sider.
- Dysvik, Elin og Gyro Mauland (2001). *Alternativ fagdag.* I: Tidsskriftet Sykepleien nr.1. 4 sider.
- Fønnebø, Vinjar og Sameline Grimsgaard (2004). *Alternativ behandling hvordan vil fremtiden se ut?* I: Tidsskrift for Den norske Legeforening nr.5; 124:673. 2 sider.
- Helsetilsynet (1995). I: Nyborg, Lisbeth og Laila Launsø (2007). *Utprøvinger av alternativ behandling innenfor helsevesenet i møte mellom helsepersonell og alternative behandlere.* Universitetet i Tromsø: NAFKAM Skriftserie nr.5. 41 sider.
- Johannessen, Berit (2001). *Sykepleiere i alternativ behandling - Frontkjempere for en ny behandlingskultur?* I: Tidsskriftet Sykepleien nr.1. 6 sider.
- Johannessen, Berit (2006). *Sykepleiere i alternative behandling. Hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere å tilby alternative behandling?* Bergen: Universitetet i Bergen. Doktorgradsavhandling. 213 sider.
- Johannessen, Berit (red.). (2008). *Komplementær og Alternativ behandling – en grunnbok for sykepleiere.* Oslo: Gyldendal Akademisk. 230 sider.
- Karoliussen, Mette (2002). *Sykepleie-tradisjon og forandring. En humanøkologisk tilnærming.* Oslo: Gyldendal Akademisk. 287 sider.

[15] Kravet til selvvalgt pensum i bacheloroppgaven er minimum 300 sider. For å vise at jeg har oppfylt dette kravet har jeg valgt å skrive antall sider selvvalgt litteratur bak hver artikkel /bok i litteraturlisten.

- King, Margaret O'Brian, Amy C.Pettigrew og Fay Carol Reed (1999). *Complementary, Alternative, Integrative: Have Nurses Kept Pace With Their Clients?* MedSurg Nursing:8(4):249-56. 9 sider.
- Langer, Jerk W. (2006). *Alternativ behandling. Metoder og virkninger.* Oslo: Cappelen Forlag AS. 172 sider.
- Newton, Linda (2006). *The role of the Nurse in supporting Client use of Complementary and Alternative Therapies.* I: Journal of neuroscience nursing. 5 sider.
- Newton, Linda og Sue Fowler (2006). Complementary and alternative therapies: the nurse`s role. I: Journal of Neuroscience Nursing. 7 sider.
- Nyborg, Lisbeth og Laila Launsø (2007). *Utprøvinger av alternativ behandling innenfor helsevesenet i møte mellom helsepersonell og alternative behandlere.* Universitetet i Tromsø: NAFKAM Skriftserie nr.5. 41 sider.
- Risberg, Terje og Arne Kolstad (2003). *Alternativ medisin – holdninger og bruk blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell i Nord-Norge.* I: Tidsskrift for Den norske Legeforening nr.5. 123:604-6. 3 sider.
- Salomonsen, Laila Johansdatter, Sameline Grimsgaard og Vinjar Fønnebø (2003). *Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus.* I: Tidsskrift for Den norske Legeforening nr.5; 123:631-3. 5 sider.
- Schem, Baard-Christian (2004). *Skal alternativ behandling inn i sykehusene?* I: Tidsskrift for Den norske Legeforening nr.5:124-672. 2 sider.
- Skrautvol, Kari (2001). *Alternativer til antibiotika inni i utdanningen av sykepleiere og helsesøstre.* I: Tidsskriftet Sykepleien nr.06. 3 sider.
- Watson, Jean (1985). *Nursing. The Philosophy and Science of Caring.* Colorado: Colorado Assosiated University Press. 304 sider.
- Watson, Jean (1999). *Postmodern Nursing and beyond.* London:Churchill Livingstone. 303 sider.

Websider:

- Alternativ behandling (u.å.). Hentet 22. februar 2009 fra http://no.wikipedia.org/wiki/Alternativ_behandling.
- Egeland, Else (2001). *Helse, sykdom og kropp i helsefag.* Universitetet i Bergen, Seksjon for sykepleierfag. Hentet 23. februar 2009 fra http://www.else-egeland.org/Eksamen501.htm.

- Fagplan. Bachelor i Sykepleie (2009). Bodø: Høgskolen i Bodø. Hentet 22.februar 2009 fra http://www.hibo.no/index.php?ID=4904&lang=nor&displayitem=1205&module=studieinfo&type=studieue&subtype=1.
- Helse-og omsorgsdepartementet (u.å.). *Om lov om alternativ behandling mv.* Hentet 16.april 2009 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/Otprp-nr-27-2002-2003-/3.html?id=171482.
- Herttua, Terje Wilhelmson (2003). *NSF støtter at kvakksalverloven erstattes av Lov om alternativ behandling.* Hentet 25.februar 2009 fra https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_sub_doc_id=159661&p_document_id=159661.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for Sykepleierutdanning.* Hentet 7.mars 2009 fra http://www.hint.no/studier/vis.php?id=id&kol=1202&tbl=studie_filer.
- Pasientrettighetsloven (1997). *Lov om pasientrettigheter av 2.juni 1997 nr.63.* Hentet 20.februar 2009 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&
- Alternativ behandlingsloven (2003). *Lov om alternativ behandling av sykdom av 27.juni 2003 nr.64.* Hentet 20.februar 2009 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20030627-064.html&emne=lov*%20om*%20alternativ*%20behandling*%20mv*&&
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell av 2.juli 1997 nr.64.* Hentet 23. mars 2009 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&&
- Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (2007). *Bruk av alternativ behandling i Norge.* Hentet 21.april 2009 fra http://209.85.129.132/search?q=cache:G_q80mKsVFwJ:www.nifab.no/index.php/content/download/15907/88616/file/NIFAB%2520NAFKAM%2520rapport%2520brukerunders%

C3%B8kelse.pdf+halvparten+av+norges+befolkning+har+benyttet+seg+av+alternativ+behandling&cd=1&hl=no&ct=clnk&gl=no&client=firefox-a

- Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (2007). *Definisjoner på alternativ behandlinger*. Hentet 15.april 2009 fra http://www.nifab.no/om_alternativ_behandling/hva_er_alternativ_behandling/definisjoner
- Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (2009). *UNN benyttet seg av healer*. Hentet 2.mars 2009 fra http://www.nifab.no/nyheter/skandinaviske/sykehus_hadde_healer_paa_loenningslisten
- Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (2009). *Hvordan er pasienter som mottar alternativ behandling juridisk sikret?* Hentet 27.mars 2009 fra http://www.nifab.no/index.php/lovgivning/informasjon_om_lovgivning/pasientens_juridiske_sikkerhet
- Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (2009). *Pasientveiledning. Viktig informasjon.* Hentet 2.mars 2009 fra: http://www.nifab.no/pasientveiledning/viktig_informasjon
- Nordbrenden, Unni (2007). *Homeopati inn på sykehus*. Hentet 11.mars fra Alternativ.no, http://www.alternativ.no/art/?id=43.
- Nordbrenden, Unni (2008). *Myndighetene presser alternative behandlere*. Hentet 22.februar 2009 fra http://www.alternativ.no/art/?id=134.
- Salvesen, Per Leer (2009). *Miraklenes tid.* Hentet 10.mars 2009 fra http://www.fvn.no/mening/kommentarer/article648159.ece.
- Norsk Sykepleierforbund (2008). *Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 13. mars 2009 fra https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_sub_doc_id=8024&p_document_id=8024.