

Brobygning mellem etablerede og alternative behandlere

Laila Launsø og Niels Haahr

Det er ofte et problem for mennesker med MS (MmMS), at de modtager mange forskellige symptomrettede behandlinger, som ikke er koordineret i en behandlingsplan. I stigende grad søger MmMS behandlere, der forholder sig til hele personen, og ikke splitter personen op i symptomer. Mange MmMS opsøger alternative behandlere for at afprøve deres behandling og behandlingsresultater. Der initieres imidlertid sjældent et samarbejde mellem de etablerede og alternative behandlere, som patienterne vælger selv at kombinere. I erkendelse af at mange MmMS søger alternative behandlere, besluttede Scleroseforeningen i 2004 at søsætte et behandlings- og forskningsprojekt, der har til formål at udvikle og afprøve en model for brobygning mellem etablerede og alternative behandlere baseret på en forskningsbaseret evaluering og udforske, om et samarbejde baseret på denne model kan forbedre behandlingsresultater for MmMS. I denne artikel sætter vi fokus på udviklingen af en model for brobygning.

Indledning

Multipel sclerose (MS) er en kronisk og progressiv neurologisk lidelse, som kan føre til omfattende handicap. Ætiologien bag sygdommen er endnu ukendt (Li et al. 2004, Munger et al. 2004, Riise et al. 2003, Sørensen et al. 2004). I Europa lider omkring 400.000 mennesker af MS (EMSP 2004), mens mere end 7400 personer i

Danmark lever med diagnosen MS¹. Multipel sclerose er én af mange kroniske sygdomme, der i dag præger sygdomsmønstret i befolkningen. Næsten 1.8 millioner voksne danskere - mere end hver tredje - lider i dag af kroniske sygdomme, og antallet af kronisk syge ventes at vokse yderligere. Selv om mennesker med kroniske lidelser tegner sig for mellem 70 og 80 pct. af alle sundhedsudgifter, er danske sygehuse stadig hovedsagelig gearet til at behandle akutte sygdomstilfælde og smitsomme sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2005). Forandringerne i sygdomsmønstret mod stadig flere kroniske syge er sket over flere årtier, uden at man rigtigt har fået indstillet sundhedsvæsenet på dem. Mennesker med kroniske sygdomme erfarer ofte, at mange af de behandlinger, de kan tilbydes inden for det etablerede behandlingsvæsen, ikke giver de behandlingsresultater, de har brug for og efterspørger. Flere og flere behandlere slår samme akkord an og formidler en utilfredshed med de behandlingsresultater, de kan opnå gennem brug af etablerede behandlinger og søger nye veje, som kan indebære uddannelse i og praktisering af alternative behandlingsmetoder og/eller samarbejde med alternative behandlere (Launsø 2001; Skovgaard (red) 2003; Gamst et al 2006; Mulkins et al. 2003; Mulkins et al. 2005; Mann et al. 2004)².

Som andre kroniske sygdomme kan MS ikke helbredes, men sygdomsaktiviteten kan i nogle tilfælde bremses med medicinsk behandling, og det er muligt medicinsk at behandle en række følgesymptomer af MS (Sørensen et al. 2004). De symptomatiske behandlinger er dog generelt karakteriseret ved kun at have delvis effekt på symptomerne og har ofte en række bivirkninger (ibid.).

MS symptomer behandles af en række forskellige sundhedsprofessionelle med forskellige behandlingsmodaliteter. Det er ofte et problem for det enkelte menneske med MS, at disse behandlingsmodaliteter generelt ikke er koordineret i en integreret plan for behandling og rehabilitering ud fra et patientperspektiv. En rapport fra EMSP³ (2004) understreger vigtigheden af interdisciplinære tilgange til behandling i forhold til MS. Sammenlignet med multidisciplinære tilgange, som er karakteriseret ved parallelle og disciplinorienterede behandlinger, vurderes effekten at være større ved interdisciplinære tilgange, hvor et team af behandlere samarbejder hen imod det samme mål for patienten (ibid.).

På linie med andre mennesker med kroniske sygdomme anvender mennesker med MS (MmMS) i stigende udstrækning alternativ behandling (Marrie et al. 2003; Scleroseforeningen 2002, Storr 2002). Mange MmMS kombinerer etableret og alternativ behandling i håndteringen af deres sygdom, uden at få rådgivning og vejledning herom i det etablerede sundhedssystem. Scleroseforeningen har på

den baggrund oplevet en voksende efterspørgsel efter at få igangsat et forskningsprojekt, der omhandler brobygning og integreret behandling. Det centrale spørgsmål har været: er det muligt at forbedre behandlingsresultater for MmMS ved at udvikle en model for brobygning mellem etablerede og alternative behandlere, og udvikle en integreret behandlingstilgang?

Begrebsdefinitioner

'Integreret behandling' sigter mod at genoprette og forebygge fysiske, emotionelle, mentale, energimæssige, spirituelle og sociale ubalancer baseret på kroppens evne til selv-heling (Launsø 1996; Mulkins & Verhoef 2004), og det er en klinisk praksis, som understreger vigtigheden af relationen mellem behandler og patient (Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine 2005; Gamst et al. 2006). 'Integreret behandling' refererer til indholdet af en patientcenteret behandlingstilgang. I praksis kan en integreret behandlingstilgang inkorporere forskellige etablerede behandlere såvel som etablerede og alternative behandlere, som arbejder med et patient centeret perspektiv og benytter sig af en interdisciplinær tilgang.

'Brobygning' refererer til interdisciplinært samarbejde på et institutionelt niveau mellem behandlere, som anvender forskellige behandlingsmodeller og praktiserer inden for forskellige institutioner/sektorer. Begrebet 'behandlingsmodel' omfatter fire komponenter: behandleres forståelse af sygdom, behandleres anvendelse af diagnosticeringssystemer, behandleres valg af behandlingsmetoder samt behandleres forventninger til virkninger af anvendte behandlinger (Launsø & Rieper 2005; Rieper m.fl. 2005).

Forskningsbaseret evaluering af brobygning og integreret behandling

Internationalt ser vi en trend bevæge sig i retningen af integreret behandling (Gamst et al. 2006, Mann et al. 2004, Boon et al. 2004, Ruggie et al. 2005). Denne trend inkluderer samarbejde mellem etablerede og alternative behandlere i hospitalsmiljøer, og mellem hospitaler og private sektorer. Især i USA og England er der etableret en række institutter og universitetsbaserede centre for integreret

medicin/behandling. Endnu mangler der at blive gennemført forskningsbaseret evaluering af interdisciplinære tilgange til integrerede behandlingstiltag.

En søgning i den publicerede litteratur indenfor de sidste 5 år frembragte ingen publikationer om forskningsbaseret evaluering af integreret behandling og brobygning i forhold til kronisk sygdom, hvor et interdisciplinært team af etablerede og alternative behandlere giver behandlinger⁴. Forskningsbaseret evaluering (som inkluderer etablering af et team af behandlere, deres behandlingsmodeller, udvikling af en integreret behandling samt evaluering af den integrerede behandlings virkning) er tilsyneladende ikke blevet gennemført og publiceret. I USA og Canada er integrerede behandlingstilgange blevet vurderet af patienter og behandlere (Mulkins et al. 2003, 2005; Scherwitz et al. 2003). Patienternes evaluering var dog ikke relateret til, hvilken behandlingskombination patienten havde modtaget. Disse teams var desuden karakteriseret ved, at et antal behandlere (etablerede og alternative) arbejdede parallelt og refererede patienter til hinanden og var således karakteriseret ved en multidisciplinær snarere end interdisciplinær tilgang.

Et brobygnings- og integreret behandlingsprojekt igangsættes

Som en følge af ovenfor beskrevne mangler har Scleroseforeningen igangsat et brobygnings- og integreret behandlingsprojekt; Projekt Behandlerteam, som finder sted i perioden 2004-2011 på et specialiseret MS center⁵.

I det følgende beskrives projektets første fase, hvor behandlerteamet blev etableret og igangsat og dernæst udviklet. Dernæst formidles resultaterne fra den forskningsbaserede evaluering af udviklingsprocessen for teamet. Det blev som en del af projektets design besluttet at bruge væsentlig tid på at etablere og udvikle teamet, før inklusion af MmMS (fase 2) skulle igangsættes. Fase 2 blev igangsat maj 2005. Perioden for etablering og udvikling af teamet forløb fra august 2004 – maj 2005 og fandt sted på Sclerosecenter Haslev. Formålet med artiklen er at give sundhedspersonale, forskere indenfor samfunds- og naturvidenskaberne samt evt. andre, der er interesseret i brobygning og integreret behandling, et indblik i etableringen og starten på udviklingen af teamet samt et indblik i den læring, der finder sted hos behandlere, der er med til at etablere et behandlerteam. Dette indblik kan være udgangspunkt for yderligere refleksioner og udvikling af (samt forskning i) brobygning og integreret behandling i forhold til mennesker med kroniske sygdomme.

Formålet med projektet som helhed er at udvikle en model for brobygning mellem etablerede og alternative behandlere baseret på forskningsbaseret evaluering og udforske om behandlingsresultater for MmMS hermed kan forbedres. Projektet er godkendt af Videnskabetisk Komité og Datatilsynet.

Teoretisk ramme og forskningsdesign

For at beskrive og forstå den første fase af udviklingen i behandlerteamet hvor forskellige behandlingsmodeller er repræsenteret, har vi valgt at anvende læringsteorier som inkorporerer: 1) den udfordring det er at møde forskellige forståelser af behandlingsmodeller eller forskellige epistemiske kulturer (Knorr-Cetina 1999); 2) selv-refleksion over egen faglige styrker og svagheder; 3) konfrontation og konflikt som forudsætning for *double-loop-læring* og 4) at innovation og forandring fremmes i en kontekst, som legitimerer samt inviterer og opfordrer til konfrontation og konflikt (Morsing 1995, Engström 1996, Argyris 1991, 1992; Pawlowsky 2003; Rieper et al. 2005).

I udviklingen af et interdisciplinært team baseret på en integreret behandlingstilgang argumenterer vi for, at *double-loop-læring* kan finde sted. *Double-loop-læring* pointerer, at overskridende læring i individer primært finder sted, når disse individer bearbejder modsatrettede synspunkter og konflikter, som de præsenteres for. Teorierne om overskridende læring giver således en forståelse af forandring og innovation som værende baseret i en indre psykologisk overskridelse af en eksisterende forståelsesramme. Hardy et al. (1998) understreger vigtigheden af at være opmærksom på de konflikter, som deltagerne erfarer i mødet mellem discipliner eller organisationer, i relation til identiteter, kompetencer (faglige og personlige) og følelser, som opstår i samarbejdsprocesserne. Begrebet 'læring' referer her til tre integrerende dimensioner: en indholdsdimension som omfatter viden samt faglige og personlige kompetencer; en psykodynamisk dimension som omhandler motivationer og følelser og en social dimension som omhandler de faglige og organisatoriske omgivelser (Illeris 1999).

Forberedelse og udvikling af teamet

Af praktiske og organisatoriske grunde er antallet af behandlere i teamet begrænset til ti: fem etablerede og fem alternative behandlere. Der er udpeget en suppleant for hver behandler, så teamet er arbejdsdygtigt ved fravær af en eller flere behandlere.

I udvælgelsen af hvilke behandlinger der skulle være repræsenteret i teamet, blev der lagt vægt på, at behandlingerne skulle fokusere på følgende temaer for MmMS:

- generelt velvære,
- fysisk funktionalitet (kroppens funktioner; bevægeapparatet),
- bestemte symptomer relateret til MS (fysiske og psykiske) og
- eksistentiel udvikling og læring (herunder selvbillede, følelse af mening og sammenhæng, aktivitet og deltagelse).

De fem etablerede behandlere (som alle er ansat på Sclerosecenter Haslev) i behandlerteamet er: læge (neurolog), ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog og social- og sundhedsassistent.

Udvælgelsen af fem alternative behandlinger blev primært foretaget med baggrund i en analyse af den aktuelle brug af alternativ og komplementær behandling blandt mennesker med MS (Haahr & Launsø 2006) og den eksisterende litteratur om dokumenteret effekt af alternative behandlinger på MS symptomer (ibid.). Idet de ovenstående temaer også blev taget i betragtning, blev der udvalgt følgende alternative behandlinger til behandlerteamet: akupunktur, ernæringsterapi, klassisk homøopati, kranio-sakral terapi kombineret med bindevævsmassage og endelig zoneterapi.

De alternative behandlere blev udvalgt af deres respektive behandlerorganisationer. Forskerne anmodede bestyrelsen i hver organisation om at udpege den mest kvalificerede behandler til deltagelse i projektet. Denne procedure blev valgt for at sikre mod en situation, hvor behandlerorganisationerne kan kritisere forskerne for at have udpeget ikke kvalificerede behandlere.

Behandler-forsker seminarer

I Projekt Behandlerteam blev mødet mellem behandlerne arrangeret som fire behandler-forsker seminarer⁶ hvert med en varighed af seks timer og afholdt i ca. to måneders intervaller. Disse fire seminarer udgjorde den første forberedende fase (fase 1) i projektet, hvor teamet blev etableret og udviklet. I projektets anden fase (maj 2005 – 2011), giver teamet behandlinger til MmMS i projektet, og virkninger af behandlingerne vil blive evalueret forskningsmæssigt. Igennem hele projektets anden fase vil der blive afholdt fire seminarer årligt. Dataindsamlingsinstrumenterne – kvalitative såvel som kvantitative – blev udvalgt og udviklet igennem

projektets første fase i dialog med behandlerne. Alle seminarerne blev afholdt på Sclerosecenter Haslev, hvor projektet finder sted.

Behandler-forskerseminarerne er stedet, hvor forskerne møder behandlerne, og der opstår læring hos begge parter i takt med, at projektet udvikles og udfolder sig. En fundamental idé bag alle seminarerne er at skabe et fleksibelt bindeled mellem en praktisk dimension og en teoretisk dimension. Vores mål er at udvikle begreber med behandlerne, der så vidt muligt kan 'sætte ord på' de praktiske erfaringer, som ofte er indlejret i kroppen som en "tavs viden" (Polanyi 1966), således at disse erfaringer kan indgå i teamets vidensdeling.

Forud for første seminar gennemførtes kvalitative interview med hver af de ti behandlere: som grundlag for at kvalificere teamet til behandling af MmMS, skulle behandlerne lære om hinandens behandlingsmodeller. En forudsætning for at give mulighed for denne læring er, at behandlingsmodellerne bliver beskrevet. Forskerne gennemførte derfor semi-strukturerede kvalitative interviews med hver af de ti behandlere. Interviewene fokuserede på at få en detaljeret beskrivelse af behandlernes forståelse af MS og MMS symptomer, deres diagnosticeringssystemer, deres behandlingsmetoder og deres forventninger i forhold til behandlingsresultater. Desuden skulle interviewene klarlægge behandlernes holdninger til fordele og ulemper ved at deltage i projektet. Alle interviews blev optaget og transskriberet i deres fulde længde. Derefter blev de valideret af behandlerne, analyseret tematisk og kommunikeret i en rapport, som blev sendt til alle behandlerne i god tid forud for første seminar.

Seminar 1: Den ovennævnte rapport udgjorde grundlaget for det første behandlerforsker seminar, som blev afholdt i november 2004. På dette seminar var behandlernes behandlingsmodeller i fokus. Behandlerne fik mulighed for at dele viden og stille spørgsmål til hinandens behandlinger. Desuden tog behandlerne hul på at diskutere fælles mål for den integrerede behandling.

Indhold og form for dette og de kommende seminarer var baseret i systemisk tænkning, som grundlag for at udvikle et refleksivt team og for at udvikle og træne en refleksiv kommunikativ modalitet (Tomm 1992; Andersen 1991; Campbell et al. 1994; McCaugman & Palmer 1994). Med denne kommunikative modalitet sigtede vi mod at skabe rum for at rejse spørgsmål, åbenhed og respekt for hinanden.

Som forberedelse til seminar 2 fik hver behandler til opgave at gennemføre en konsultation med to MmMS, som på daværende tidspunkt var indlagt på sclerosecenteret. Alle behandlerne mødte de samme to personer, og deres efterfølgende "opgave" var at foretage en anamnese og en medicinsk diagnose eller

en diagnose baseret på de alternative tilgange til MS. Desuden blev behandlerne bedt om at sammensætte en behandlingsplan og at foreslå specifikke mål i form af virkninger af deres behandling på kort sigt og efter 1½ års behandling. Behandlingsplanerne mm. blev samlet i en rapport og sendt til behandlerne. De to MmMS, som havde konsultationer med behandlerne, blev efterfølgende interviewet omkring deres erfaringer og deres vurdering af konsultationerne med behandlerne.

Seminar 2: På baggrund af disse konsultationer med to MmMS diskuterede behandlerne forskelle og ligheder mellem deres foreslåede behandlingsplaner, og de reflekterede over og stillede spørgsmål til diagnoserne, anamneserne, behandlingsplanerne og målsætninger for hver af disse to MmMS. Behandlerne diskuterede derefter mulige fælles integrerede behandlingsplaner, og hvad indholdet i og kravene til sådanne behandlingsplaner skulle være. Endelig blev det debatteret, hvad de fælles målsætninger i forhold til effekt skulle være. Det viste sig at være meget vanskeligt at nå frem til specifikke konklusioner på trods af udstrakt god vilje fra alle behandlerne i teamet. Kendskabet til hinandens behandlingsmodeller var ikke dybt nok. At bygge broer mellem fundamentalt forskellige måder at opfatte sygdom og helbredelse på tager simpelthen tid. Seminarerne viste dog samtidig klart, at integration *er* mulig, når man fokuserer mindre på enkeltbehandlinger og mere på det primære mål nemlig at optimere behandlingen for hvert unikke individ, der lider af MS. Dette stiller krav til behandlerne om sammen med MmMS at formulere de væsentligste mål, MmMS ønsker at opnå gennem behandlingsforløbet, der omfatter etablerede behandlinger samt 15 alternative behandlinger.

For at få optimale input fra behandlerne i diskussionerne på det 3. seminar i forhold til organiseringen af behandlingsplaner og den forskningsbaserede evaluering blev behandlerne bedt om at læse relevante materialer, som var skrevet af forskerne forud for seminaret. Materialet indeholdt blandt andet en præsentation af et skema, som hver behandler blev bedt om at udfylde mht. **I**ntervention, **M**ekanismer (virkningsmekanismer), **K**ontekster og **O**utcomes (forkortet: IMKO-skemaet). 'Intervention' er defineret som den behandlingsmæssige intervention givet af en behandler i samarbejde med patienten.

'Mekanisme' er defineret som den proces, hvorigennem en behandlingsmæssig intervention antages eller vides at føre til et resultat/outcome. Denne proces kan begrebsliggøres som bio- eller psykologiske processer, skift i energier, selv-helende kapaciteter, livskraft osv. Det er afgørende, at man forsøger at forstå disse meka-

nismer for at åbne den 'black box', der eksisterer mellem intervention og outcome. 'Kontekst' er defineret som de faktorer (f.eks. patienten og dennes hverdagsliv, mulighed for compliance, andre behandlinger, økonomiske forhold mm), der kan fremme eller hæmme interventionen og virkningsmekanismerne i at generere forventede outcome. 'Outcome' er defineret som det forventede outcome/resultat af en given intervention, mekanisme og kontekst. Outcome kan manifestere sig i det fysiske, psykologiske, emotionelle såvel som det sociale niveau (dvs i forhold til krop, mening, aktivitet og deltagelse).

Seminar 3: På dette seminar fokuserede vi på vidensdeling vedrørende diagnoser, effekt mekanismer og kontekster, som er fremmende eller hæmmende for virkningsmekanismer og mulige outcomes. Det blev diskuteret, hvordan behandlingsplaner kan optimeres for MmMS, og hvilke slutmål (succéskriterier) som teamet ønskede at blive evalueret på. Teamet diskuterede desuden, hvordan man bedst dokumenterer lindrende og kurative processer og muligheden for at beskrive forskellige symptom-scenarier hvor symptomer på forskellige niveauer (fysiske, emotionelle, mentale og sociale niveauer) blev listet op og diskuteret. Behandlerne blev bedt om at beskrive deres antagelser omkring hvilke virkningsmekanismer og kontekster, der er relateret til deres behandlinger⁷ ved at bruge IMKO skemaerne, som blev udfyldt før seminaret, så vidt det var muligt (se skema 1 sidst i artiklen). Det var usædvanligt for behandlerne at skulle sætte ord på virkningsmekanismerne og konteksterne relateret til deres behandlinger. Vi betragter dette arbejde som fundamentalt for at udvikle en integreret behandlingstilgang og relevante forskningsværktøjer.

Med henblik på at optimere virkningsmekanismerne blev behandlerne forud for det 4. seminar bedt om at reflektere over hvilke behandlinger, der kan støtte eller modvirke hinanden, baseret på behandlernes viden fra det hidtidige samarbejde, IMKO skemaerne, behandlingsmodellerne osv.

Seminar 4: På dette 'kick-off' seminar hvor de integrerede behandlinger i projektets anden fase⁸ skulle igangsættes, kommenterede behandlerne et udkast til en vandrejournal, som ejes af og altid følger patienten, og som opdateres af behandlerne hver gang, der gives en behandling. Teammedlemmerne fortsatte diskussionen omkring, hvordan virkningsmekanismerne i et behandlingsforløb kan optimeres. Endelig reflekterede de over, hvordan kommunikationen med MmMS bør udforme sig, og hvilke overordnede værdier der bør karakterisere den kommunikative praksis i teamet og i relation til MmMS.

IMKO skemaet

For at sætte fokus på forskellene mellem behandlingerne i behandlerteamet anvendte vi to primære metoder:

Som beskrevet i det ovenstående gennemførte vi kvalitative interviews med hver behandler forud for det første seminar, for at få en detaljeret beskrivelse af deres behandlingsmodeller. Dernæst (forud for det 3. seminar) præsenterede og forklarede vi brugen af IMKO skemaet⁹.

IMKO skemaet blev udviklet for at fremme en konstruktiv dialog mellem behandlerne om forskelle og ligheder i deres tanker og handlinger relateret til behandling af MmMS. Intentionen med skemaet var at åbne for konfrontation og gøre konflikter synlige, eksplicite og legitime. Hver behandler blev bedt om at udfylde IMKO skemaet for deres respektive behandlingsmodeller ved at skitsere typiske interventioner, de antagede virkningsmekanismer, forventede outcomes samt relevante kontekstuelle faktorer, som kan påvirke outcome positivt eller negativt. Skemaerne, som blev udfyldt af hver behandler, blev efterfølgende distribueret til de andre behandlere og diskuteret på det efterfølgende seminar.

Det er hensigten, at IMKO skemaet skal være et brændpunkt for behandlerteamet i fremtiden, når optimale behandlingskombinationer skal planlægges og føres ud i klinisk praksis, og når opnåede resultater skal vurderes.

I skema 1 og 2 (se sidst i artiklen) har vi indsat de IMKO skemaer, der blev udfyldt af lægen og akupunktøren i teamet. Disse to skemaer er udvalgt, fordi de giver et godt billede af nogle væsentlige forskelle i behandlingsmodeller, som er repræsenteret i teamet. Ud over interventionerne som i sagens natur er forskellige blandt behandlerne, ser man også i de nedenstående skemaer en anden væsentlig forskel; nemlig beskrivelsen/forståelsen af virkningsmekanismer for interventionen. Mens lægens beskrivelse er meget specifik og kropsligt detaljeret ned på celle- og molekyleplan, er akupunktørens beskrivelse af virkningsmekanismer bredere, og der tales om kropslige ressourcer og energier, fysisk og psykisk overskud og selvværd osv. Denne forskel reflekteres også i konceptualiseringen af outcomes hos de to behandlere: lægen beskriver outcomes i meget specifikke – og principielt objektivt målbare – størrelser som sygdomskontrol og reduktion af fysiske symptomer som spasticitet, smerter og træthed. Akupunktøren vægtlægger også forbedring af fysiske symptomer som væsentlige outcomes, men fremhæver derudover som eksempler på væsentlige outcomes: forbedring af psykiske problemer, mindsket medicinforbrug, større udbytte af fysioterapeutisk træning og bedring af fødeoptagelsen. Som en sidste meget væsentlig forskel i disse to IMKO skemaer

ser vi, at mens akupunktøren fremhæver en række faktorer både i omgivelserne og i brugeren selv, som kan virke fremmende eller hæmmende på behandlingens effekt, så er det i den lægefaglige referenceramme "en grundlæggende opfattelse (...) at behandlinger generelt skal fungere uafhængig af kontekster uden for lægemidlet, dvs. at behandlingen ikke er betinget af andre forhold, end at den følges som foreskrevet".

Forskningsbaseret evaluering af opbygning og udvikling af behandlerteamet

Forskningsspørgsmålet var: Hvad kan behandlerne lære af at deltage i et brobygningsprojekt; samt hvilke professionelle og personlige udfordringer og krav møder behandlerne i denne læringsproces? Formativ evaluering (Patton 2002) er valgt som det overordnede forskningsdesign, fordi vi (forskere og behandlere) går ind i et felt, hvor der skabes nye og tentative tiltag til at udvikle en model for samarbejde mellem etablerede og alternative behandlere i en kontekst, som er karakteriseret af stor spændvidde, hvad angår faglig viden og forskellige tilgange til behandling.

Materialer og metoder

Vi gennemførte kvalitative interviews med behandlerne. Derudover er der anvendt skriftlige materialer og deltagerobservation¹⁰ ved de fire behandler-forsker seminarer. De ti behandlere i teamet blev hver interviewet før teamet mødtes til det første seminar, og de blev re-interviewet efter deltagelse i de første fire seminarer. Formen var semi-strukturerede interviews med en varighed af 1-2 timer, og der blev anvendt to interviewguides; en til hver interview runde. Kvalitative interviews blev valgt, fordi forskningsspørgsmålene fokuserede på behandlernes erfaringer med og refleksioner vedrørende deres læringsprocesser i forbindelse med opbygning af teamet. Vi antager ud fra læringsteoriene beskrevet tidligere, at refleksiv tænkning er en af forudsætningerne for, at overskridende læring kan finde sted, og at man gives mulighed for at tænke refleksivt, når man som person eksponeres for og konfronteres med forskellige måder at forstå og handle på. Det

kvalitative forskningsinterview giver nogle særlige muligheder for at fremme og tydeliggøre en refleksiv tænkning hos informanten:

- en 'fremmed' (her forskere, der ikke er behandlere) stiller nye spørgsmål ud fra nye indgangsvinkler,
- uddybende, refleksionsrettede, opsamlende og fortolkende spørgsmål (Launsø & Rieper 2005:138-139) kan føre frem til at informanten gør sig klart, hvad der ligger bag informantens meningstilskrivning og
- informanten får et længerevarende og sammenhængende tidsrum til at fortælle sin historie/beretning og til at gøre sig forståelig for interviewereren og for sig selv. Hannah Arendt skriver (2005:33) "... mennesker, i det omfang de lever, handler og bevæger sig i denne verden, kan kun erfare mening, så længe de kan tale og gøre sig selv forståelige for hinanden og for sig selv".

Erfaring forstår vi som et kulturelt fænomen, der skabes og formes gennem en transaktional *relation* mellem det enkelte subjekt og den omkringliggende verden (se bl.a. Elkjær 2005: 119). Erfaringer er således ikke subjektive størrelser uafhængige af de kontekster – den verden - personen lever sit liv og sin sygdom i. Derfor er italesættelser aldrig kontekst 'frie' men konteksttøende. Således danner behandlerens kulturelle og sociale kontekster baggrundstæppet for hans/hendes beretninger og meningsbeskrivelse i interviewet, og det er nødvendigt at få beskrevet disse kontekster via interviewet. Man kan sige, at det netop er det kvalitative interviews opgave at koble informantens beretninger og meningstilskrivelse med de relevante kontekster.

Den første interviewrunde fandt sted i august og september 2004, før behandlerne startede i teamet. Interviewene fokuserede på hver behandler:

- Baggrund, uddannelse og erfaring med at behandle MmMS.
- Behandlingsmodeller (behandlernes forståelse af MS, diagnostisk tilgang, behandlingsmetoder og forventede behandlingsresultater).
- Forhåndsviden om de andre behandlinger som er repræsenteret i teamet og forventninger i form af mulige resultater ved at kombinere behandlinger i tilrettelæggelsen af behandling af MmMS.
- Motivation for at deltage i projektet, og behandlerens opfattelse af vedkommendes faglige og personlige styrker og svagheder i forhold til deltagelse.

Forud for gennemførelsen af den anden interviewrunde i april og maj 2005 blev udskriften af det første interview genlæst for at følge op på de spørgsmål og svar, som blev fremsat i dette interview. Hver af forskerne gennemførte fem interviews i henholdsvis første og anden interviewrunde, således at hver behandler blev interviewet af begge forskere.

Den anden interviewrunde fokuserede på hver behandlers:

- Personlige og faglige udfordringer, styrker og svagheder i teamet.
- Viden som er tilegnet på seminarerne, og viden som stadig mangler, før der kan opnås optimalt teamsamarbejde.
- Vurdering af de vigtigste faglige og personlige færdigheder som behandlere, der deltager i et integreret team, skal besidde eller udvikle.
- Vurdering af mulige succeskriterier i teamet i forhold til behandlingsresultater.
- Vurdering af behandler-forsker seminarerne som en præ-fase før igangsættelse af behandlinger til MmMS.
- Beskrivelse af det aktuelle team hvad angår kerneværdier, patientorientering, behandlingsmål, organisationsstruktur, evne til vidensdeling, styrker og svagheder i teamet som helhed.

Analyse

Alle interviews blev optaget på bånd og transskriberet i deres fulde ordlyd. Disse udskrifter blev sendt ud til hver behandler med det formål at få interviewet valideret forud for analysen. Processen med at foretage en kondensering af mening samt tematisk og personbaseret analyse blev udført af den ene forsker og kontrolleret af den anden forsker, som er tilknyttet projektet med henblik på at sikre intern validitet. Den videre fremgangsmåde i dataanalysen var: 1) At identificere temaer ved grundig gennemlæsning af interviewudskrifterne; 2) At sammenligne disse temaer med begreberne fra læringsteorier (Morsing 1995; Engström 1996; Argyris 1991, 1992; Pawlowsky et al. 2003): identitet på personligt niveau og gruppeniveau; faglige og personlige kompetencer; motivationer og følelser, de faglige og organisationsmæssige omgivelser; konteksten for læring; konfrontationer og

konflikter; vigtigheden af integration af de kropslige og mentale dimensioner og 3) At identificere og kategorisere begreber, sideløbende med den empiriske analyse. Der blev anvendt åben kodning og løbende sammenligninger. Ved genlæsninger af samtaleudskrifterne blev der taget højde for det enkelte interview i sin helhed (Kvale 1996; Taylor & Bogdan 1998; Strauss & Corbin 1990; Launsø & Rieper 2005). Sammenhængen mellem begreberne fra læringsteori og temaerne fra analysen af interviewene har genereret de temaer, der belyses under resultatafsnittet.

Resultater¹¹

Etablerede og alternative behandleres erfaringer med at deltage i- og opbygge et behandlerteam gennem behandler-forsker seminarer som en præ-fase før integreret behandling af MmMS igangsættes, kan karakteriseres som en proces hvori indgår:

- *Motivation.* I forhold til at gå ind i dette projekt var det meget motiverende for behandlerne at skulle deltage i etableringen og udviklingen af behandler-teamet. Derudover var det en meget motiverende faktor, at der blev fokuseret på en fælles indsats i forsøget på at skabe bedre behandlingsresultater for MmMS.
- *Følelser.* Skabelsen af et 'frirum', som kan inkorporere behandlerens følelser i forbindelse med deltagelse i projektet, var afgørende for skabelsen af en basal 'sikkerhed' indenfor teamet. Denne sikkerhed var en forudsætning for det faglige samarbejde. Behandlerne udtrykte stærke følelser i forhold til at deltage i et projekt, som de anser som innovativt, og som udfordrer de etablerede rutiner i behandlingen af MmMS.
- *Udfordringer.* Udfordringerne var først og fremmest faglige. I den direkte konfrontation mellem forskellige behandlingsmodeller blev behandlerne konfronteret med deres egne fagligheder; deres styrker og svagheder. Behandlerne følte at deres selvbillede blev "rusket op", hvilket blev beskrevet som hårdt og frustrerende men også som en givende og positiv erfaring. Behandlerne erfarer, at det kræver et brud med faglig vanetænkning, når man skal udvikle et interdisciplinært team. Det er langt nemmere at arbejde parallelt fagligt. Mødet med forskerne har været udfordrende på grund af konfrontationen med nye måder at handle på og nye værktøjer til at begrebsliggøre processen fra intervention til outcome ved hjælp af IMKO skemaet samt nye kommuni-

kative praksiser. For de fleste behandlere har den personlige kobling mellem det praktiske og det teoretiske arbejde været udfordrende.

- Udvikling af en faglig *team identitet*. Det er udfordrende at "tænke som et samlet team" og at være patient centreret. Drivkraften er behandlernes erkendelse af, at en tværfaglig tilgang er en realistisk mulighed for at udforske nye muligheder for at forbedre behandlingsresultater for MmMS. I denne tværfaglige tilgang er vigtige fælles begreber blevet formuleret såsom symptomniveauer, symptombilleder og kernesymptomer. Nogle af ønskerne i forhold til at forbedre behandlingen af MmMS formuleres af behandlerne som: at være i stand til at skelne mellem symptomer som følger af sygdommen MS og andre symptomer; muligheden for at udsætte behandling med lægemidler, når dette er lægeligt forsvarligt; nødvendigheden af at kunne diagnosticere bredere end den biomedicinske referenceramme muliggør; at udforske mulighederne for at igangsætte helbredende processer; at udvikle fælles faglige kommunikationsevner; at formulere kriterier for behandlingssucces (i forhold til både processer og behandlingsresultater) og at være i stand til at skelne mellem bivirkninger af en behandling og forventede reaktioner på en behandling. Som alt dette peger på, er det en tidskrævende proces at udvikle en faglig team identitet.
- Standarder for faglige og personlige *kompetencer*. Både faglige og personlige kompetencer betragtes som vigtige af behandlerne, og disse kompetenceformer er overlappende. De centrale kompetencer er: at være åben, være villig til at samarbejde, være udforskende og nysgerrig, have tiltro til og respekt for behandlernes forskellige fagligheder, være villig til at udvikle en fælles tilgang og holdning i teamet, og at være bevidst om sine egne og de andre behandleres styrker og svagheder.

Diskussion og afslutning

Ved afslutningen af dataindsamlingen til denne delundersøgelse blev der publiceret en artikel, som fremlagde resultater af et kvalitativt studie af 16 behandleres erfaringer med at arbejde i en stor integreret behandlingsklinik i Vancouver gennem 5 år (Mulkins et al. 2005). Formålet med studiet var at vurdere, hvilke faktorer som behandlerne udpegede som fremmende og hæmmende i forhold til at arbejde med en integreret behandling. Studiet viste følgende fremmende og hæmmende

Intervention	Mekanismer	Kontekster	Outcomes
<p>Medicinsk behandling: 1. Immunmodulerende (sygdoms-modificerende) behandling</p> <p>Omfanget af disse behandlinger er stort, og jeg vil derfor give et eksempel:</p> <p>Beta-interferon</p>	<p>Dæmpning af de immunbetingede sygdomsprocesser der ses ved MS</p> <p>Virkemåden af interferon-β ved DS kendes ikke fuldstændigt. Interferon-β reducerer ekspresionen af adhæsionsmolekyler på overfladen af lymfocytter og hæmmer enzymet matrix-metalloproteinase, hvorved passagen af aktiverede T-celler over blod-hjernebarrieren hæmmes. Det formodes desuden, at interferon-β har en immunmodulerende effekt bl.a. ved at nedsætte ekspresionen af MHC klasse II-molekyler på antigen-præsenterende celler, normalisere abnormiteter i T-cellefunktionen samt påvirke cytokinproduktionen.</p> <p>Præparater med central virkning på spasticitet hæmmer den polysynaptiske refleksaktivitet. β-Aminosmørsyre (GABA) er en vigtig hæmmende neurotransmitter, der også er af betydning for den motoriske funktion. Diazepam og barbiturater forstærker GABA-erg transmission, medens baclofen formentlig stimulerer GABA-receptorer og hæmmer GABA-metabolismen. Nogle centralt virkende antispastika virker på β-systemet (baclofen, chlorpromazin), nogle ved præsynaptisk hæmning (diazepam og formentlig tizanidin).</p>	<p>En grundlæggende opfattelse er, at behandlinger generelt skal fungere udenfor kontekst, dvs. at behandlingen ikke er betinget af givne forudsætninger, andet end at den følges som foreskrevet.</p>	<p>Sygdomskontrol</p> <p>Symptom reduktion: Reduktion af spasticitet, smerter, træthed o.s.v.</p>

Skema 1: IMKO skema udfyldt af læge (neurolog)

Intervention	Mekanismer	Kontekster	Outcomes
Kropsakupunktur Øreakupunktur MOXA Kinesisk - kostvejledning	Akupunktoren fremmer kroppens egne ressourcer. Akupunktoren fremmer føde optagelserne, således også vitaminer og mineraler. Akupunktoren opløser energi staser, og giver mere energi til kroppen. Dette medfører – en bedre genopbygning af kroppen og færre gener generelt så som smerter, føleforstyrrelser, træthed, ødemer osv. Mindre staser og mere energi vil også på det psykiske plan give et større overskud – større overblik, bedre selvverd m.m. MOXA giver mere energi til kroppen og underbygger derved akupunkturbehandlingen. Kinesisk kostvejledning er en individuel vejledning ud fra brugerens diagnose og symptomer. Kosten vil derfor underbygge akupunkturbehandlingen.	Fremmede faktorer: Kontakten og fortroligheden til brugeren er meget vigtig. Det rette træningsniveau Den rette kost Kontinuerlig behandling Den rette hvile Motivation fra brugeren Hæmmende faktorer: Manglende forståelse fra brugeren For hård træning Fejllærning Manglende motivation Manglende fremmøde til behandling	En forbedring af: Træthed Føleforstyrrelser Smerter Balanceproblemer Synkebesvær Spasticitet Vand og aff. problemer Ødemer Søvn problemer Muskelspændinger Fordøjelses problemer Psysiske problemer Bedre udbytte af træning hos fysioterapeuten. Mindre medicin fra lægen. Bedre udnyttelse af de psykiske resurser. Bedre fødeoptagelse – bedre udnyttelse af kosten

Skema 2: IMKO skema udfyldt af akupunktør

faktorer: 1) effektive muligheder for at kommunikere (ugentlige team møder; fælles patientjournaler; standardiserede procedurer til at forebygge at patienter præsenteres for modstridende informationer; forståelse for team-kollegerens arbejde; omgivelser som støtter uformel kommunikation); 2) personlige egenskaber (entusiasme overfor den integrerede behandlingsmodel; være en holdspiller; være en forandringsagent); 3) tilfredsstillende økonomisk kompensation og 4) en støttende organisationsstruktur som ikke er baseret på en etableret medicinsk klinisk model (hvilket var tilfældet i denne integrerede klinik). Den etablerede medicinske model blev af behandlerne følt som hæmmende for behandlere og patienter i forhold til at udvikle integreret behandling.

Vores undersøgelse støtter disse resultater. Det var for at imødekomme de potentielle barrierer, at vi valgte at opbygge og gennemføre præ-fasen i projektet, hvor der kunne sættes ord på barriererne, og de kunne adresseres, før vi igangsatte behandling af patienter. Lægens indflydelse i forhold til dennes behandlings-

mæssige ansvar for patienterne blev understreget af behandlerne som en faktor, der potentielt kan hindre andre behandleres adgang til at give behandlinger samt mindske en mulig effekt af andre behandlinger. Der er enighed blandt behandlerne om at arbejde videre med denne problematik på fremtidige seminarer.

Mulkins et al. skriver, at et ønske fra både behandlere og forskere om at arbejde tættere sammen aldrig blev realiseret (ibid.:116). Hvordan samarbejdet udspillede sig, er dog ikke beskrevet i artiklen. I vores projekt spiller forskerne en meget aktiv rolle i forhold til at skabe strukturerne for og indholdet i behandlingsprojektet. Dette sker i en stadig dialog med behandlerne. Interviewene har illustreret, at behandlerne erfarer udvekslingen af viden mellem behandlere og forskere som en proces, der til tider kan være frustrerende, men de anerkender og accepterer samtidig det store læringspotentiale i denne udveksling. Forskningen faciliterer en meta-refleksion vedrørende styrkerne og begrænsningerne i behandlernes behandlingsmodeller og deres kliniske praksis. Behandlernes evne og mulighed for at reflektere på dette metaniveau kan fremme evnen til at tænke som et samlet team/som en 'teamkrop'.

I Projekt Behandlerteam har behandlerne ikke på forhånd fået en model for integreret behandling 'udleveret'. De har i stedet skulle formulere visioner, mål og fremgangsmåder til at udvikle de integrerede behandlingstilgange. Det forventes ligeledes, at behandlerne reviderer disse tilgange i forbindelse med feedback fra den forskningsbaserede evaluering i projektets anden fase og i forbindelse med diskussion af positive og negative patientforløb på behandler-forsker seminarerne.

Behandlerne i teamet giver udtryk for det krævende i at udvikle et interdisciplinært samarbejde i forhold til at arbejde parallelfagligt. Et interdisciplinært behandler-samarbejde stiller krav til, at behandlerne sammen og sammen med patienten formulerer og forfølger de mål, man sammen ønsker at opnå. At udvikle fælles mål kræver imidlertid, at behandlerne har et stort kendskab til og respekt for hinandens behandlinger. Samtidig kræver udvikling af et interdisciplinært samarbejde, at behandlerne flytter fokus fra behandlingsteknikkerne og varetagelse af egne professionsinteresser til en patientcentrering og koordinering af handlingerne, hvor der skal skabes rum til patienternes deltagelse og indflydelse i målsætningsarbejdet. Et centralt mål for Projekt Behandlerteam er at udvikle integrerede behandlinger, hvor antallet af behandlinger og behandlingsformer er færrest mulige samtidig med, at disse behandlinger skaber den størst mulige relevante effekt for MmMS.

Tak til

Forfatterne retter en stor tak til teammedlemmerne for den tid, de har brugt på interviewene og for den store indsats, de har ydet i opbygning af teamet. Vi takker også studerende Rebecca Preisler Ahmad og Tine Olavsgaard som transskriberede interviewene. Endelig vil vi rette en tak til *Aase og Ejnar Danielsen's Fond* og *Scleroseforeningen* for den økonomiske støtte til gennemførelsen af den indledende fase af projektet.

Noter

- 1 I 1996 var prævalensen af MS 6.445 (Stenager et al. 2005). Antallet er steget siden da. I 2005 havde Scleroseforeningen cirka 7400 medlemmer med diagnosen MS.
- 2 På Nationalt Forskningscenter indenfor Komplementær og Alternativ Medicin (NAFKAM) er der igangsat et meta-studie af initiativer på norske sygehuse, hvor man ønsker at bygge bro mellem etablerede og alternative behandlere og udvikle integrerede behandlingsformer. Disse initiativer er bl.a. begrundet i, at læger ved forskellige sygehusafdelinger og på tværs af kroniske sygdomme udtrykker manglende tilfredshed med de behandlingsresultater, der kan opnås med etablerede behandlinger alene. Forskningsstipendiat Lisbeth Nyborg gennemfører projektet i samarbejde med Laila Launsø og Vinjar Fønnebø, www.nafkam.uit.no
- 3 Den europæiske MS platform (EMSP) er en sammenslutning af nationale MS foreninger.
- 4 En systematisk søgning blev foretaget i databaserne PubMed MEDLINE, EMBASE og The Cochrane Library med søgeordene: Integrated/integrative/alternative/complementary/supplementary + medicine/treatment/care.
- 5 Projektet finder sted på 'Sclerosecenter Haslev', ét af to specialiserede MS hospitaler i Danmark. På det andet center 'Sclerosecenter Ry', gennemføres en sammenligningsundersøgelse. Geografisk er centrene placeret hhv. på Sjælland og i Jylland.
- 6 På seminarerne forsøgte forskerne at etablere en kontekst, som legitimerede og fremmede dialog og samarbejde indenfor teamet.
- 7 Vi er her inspireret af Tilley and Pawson (1997)
- 8 Denne anden fase i projektet vil bestå af den forsknings-baserede evaluering af teamets behandling af MmMS, og udviklingen i teamet vil desuden blive evalueret.
- 9 IMKO skemaet er inspireret af Tilley and Pawson (1997), som har udarbejdet en model til forståelse af outcomes som værende determineret af mekanismer og kontekster.
- 10 Der blev skrevet en rapport efter hvert seminar, som inkluderede de materialer, der blev anvendt eller frembragt på seminaret samt forskernes observationer. Rapporterne blev sendt ud til behandlerne for at få deres accept af indholdet, før rapporterne blev gjort tilgængelige for personer udenfor teamet.
- 11 Vi giver i denne artikel en kort opsummering af resultaterne og bringer ikke citater.

Litteratur

- Andersen T. 1991 *Reflekterende team. Samtal och samtal om samtalen*. Stockholm, Sweden: Mareld.
- Argyris C. 1991 *Teaching Smart People How to Learn*. Harvard Business Review: 99-109.
- Argyris C. 1992 *On Organizational Learning*. Cambridge, Mass. Blackwell Publishers.
- Bell IR, Oper C, Schartz GER, Grant KL, Gaudet TW, Rychener D, Maizes V & Weil A. 2002. Integrative Medicine and Systemic Outcomes research. In: *Arch Intern Med*;162 jan.28 (reprinted).
- Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. 2004 From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. In: BMC Health Services Research; 4. <http://www.biomedcentral.com/content/figures/1472-6963-4-15-1.jpg>.
- Campbell D, Coldicott T, Kinsella K.1994 Key concepts of systemic thinking. In: *Systemic work with organizations. A new model for managers and change agents*. London: Karnak Books: chap.1
- Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine. 2005. Website: <http://www.imconsortium.org>, edited May 2005.
- EMSP (European Multiple Sclerosis Platform). 2004 *Recommendations on Rehabilitation Services for Persons with Multiple Sclerosis in Europe*.
- Engeström Y. 1996 Development work as educational research [Udviklingsarbejde som uddannelsesforskning]. In: Illeris K (ed.) *Texts on learning. [Tekster om læring]*. Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur, København.
- Gamst A, Haahr N, Kristoffersen AE, Launsø L. 2006 Integrative Care and Bridge Building between Health-Care Providers in Norway and Denmark. In: *JACM*; 12 (2): 141-146 (in press).
- Haahr N, Launsø L. 2006 *Research based integrative treatment in relation to Multiple Sclerosis - preliminary initiatives in a bridge building project* (in progress).
- Hardy C, Lawrence TB, Phillips N. 1998 Talk and Action: Conversations and Narrative in Inter-organizational Collaboration, In: Grant D, Keenoy T, Oswick C (eds.): *Discourse and Organization*. London: Sage Publications.
- Illeris K. 1999 *Læring – aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. Copenhagen: Roskilde Universitetsforlag.
- Knorr Cetina, K. 1999 *Epistemic Cultures*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Kvale S. 1996 *Inter-Views. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publ.
- Launsø L. 1989 Integrated Medicine in Practice - a Challenge to the Health Care System. In: *Acta Sociologica* (32), 3: 237-251.
- Launsø L.1996 *Det alternative behandlingsområde. Brug og udvikling; rationalitet og paradigmer*. København: Akademisk Forlag.
- Launsø L, Rieper J. 2005 General practitioners' and classic homeopaths' treatment models for asthma and allergy. In: *Homeopathy*; 94:17-25.
- Launsø L, Rieper O. 2005 *Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forsknings-metoder i samfundsforskning*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Li J, Johansen C, Brønnum-Hansen H, Stenager E, Koch-Henriksen N, Olsen J. 2004 The risk of multiple sclerosis in bereaved parents. A nationwide cohort study in Denmark. In: *Neurology*; 62 (march):726-729.

- Mann D, Gaylord S, Norton S. 2004 Moving Toward Integrative treatment: Rationales, Models, and Steps for Conventional-Care Providers. In: *Complementary Health Practice Review*; 9(3):155-172.
- Marrie RA, Hadjimichael O, Vollmer T. 2003 Predictors of alternative medicine use by multiple sclerosis patients. In: *Multiple Sclerosis*; 9(5):461-466.
- McCaugman N, Palmer B. 1994 *Systems Thinking for Harassed Managers*. London, Karnac Books.
- Morsing M. 1995 Organisatorisk læring af anden orden – fra en struktur til en proces-orienteret teori om læring. In: *Virksomhedens strategi og ledelse*, 5:1-28.
- Mulkins AL, Eng J, Verhoef M. 2005 Working towards a model of integrative health care: critical elements for an effective team. In: *Complementary Therapies in Medicine*; 13: 115-122.
- Mulkins AL, Verhoef MJ. 2004 Supporting the transformative process: experiences of cancer patients receiving integrative care. In: *Integrative cancer therapies*; 3(3): 230-237.
- Mulkins AL, Verhoef M, Eng J, Findlay B, Ramsun D. 2003 Evaluation of the Tzu Chi Institute for Complementary and Alternative Medicine's Integrative treatment Program. In: *Journal of Alternative and Complementary Medicine*; 9(4):585-592.
- Munger KL, Zhang SM, O'Reilly E, Hernan MA, Olek MJ, Willett WC, Ascherio A. 2004 Vitamin D intake and incidence of multiple sclerosis. In: *Neurology*; 62:60-65.
- Pawlowsky P. 2003 The treatment of organizational learning in management science, In: Dierkes M, Bertoin Antal A, Child J, Nonaka I (eds.): *Handbook of organizational learning and knowledge*. Oxford: Oxford University Press, 61-88.
- Polanyi M. 1966 *The Tacit Dimension* Routledge & Kegan Paul, London.
- Riise T, Nortvedt MW, Ascherio A. 2003 Smoking is a risk factor for multiple sclerosis. In: *Neurology*; 61:1122-4.
- Rieper J, Launsø L, Rieper O. 2005 Diskursanalyse som metode til læring – et perspektiv på organisationsændring i et stærkt institutionaliseret felt med et eksempel fra forsøg på brobygning mellem etableret og alternativ sygdomsbehandling. In: *Nordiske OrganisationsStudier (NOS)* (2-3): 11-136.
- Ruggie M, Cohen MH. 2005 Integrative medicine centers: Moving health care in a new direction. In: *Seminars in integrative medicine*; 3(1):9-16.
- Scherwitz, L, Stewart W, McHenry P, Wood C, Robertson L, Cantwell M. 2003 An integrative medicine clinic in a community hospital. In: *American Journal of Public Health*, 93(4):549-552.
- Skovgaard L (red). 2003 *Lægekunst i det 21. århundrede. Danske læger om alternativ behandling*. Højbjerg: Hovedland.
- Stenager E, Møller R, Brønnum-Hansen H, Koch-Henriksen NJ. 2005. Multipel sklerose: udvikling i prævalens i Danmark 1950-1996 samt prævalens i amterne 1996. In: *Ugeskrift for Læger*, 167(14):1500-1502.
- Storr LK. 2002 *Brugeren og brugen af alternativ behandling. En populationsbaseret undersøgelse af scleroseamtes brug af alternativ behandling i Danmark*. PhD thesis (not published).
- Sørensen PS, Ravnborg M, Jønsson A (red.). 2004 *Dissemineret sklerose. En bog for patienter, pårørende og behandlere*. Munksgaard, København.
- Scleroseforeningen. 2002 *Livet med Sclerose i Danmark 2002*. (ikke publiceret).
- Strauss A, Corbin J. 1990 *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publ.

- Sundhedsstyrelsen. 2005 *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Taylor S, Bogdan R. 1998 *Introduction to qualitative research methods: a guidebook and resource* (3rd ed.) New York: Wiley.
- Tilley N, Pawson R. 1997 *Realistic Evaluation*. London: Sage Publ.
- Tomm K. 1992 *Refleksiv udspørgen som middel til at fremme selvhelbredelse*. Forum;3 (oversat af Torben Marner).