

5.årsoppgave

Tittel:

*Tradisjonell Kinesisk Medisin på Cuba-
En integrert del av et vestlig medisinsk system*

skrevet av:

*med. stud. Kristin Planting Mølmann
k-99*

veileder:

Terje Risberg

Tromsø, 1.november 2004

FORORD	3
RESYMÉ	4
INNLEDNING	4
METODE	5
RESULTATER	6
<i>Beskrivelse av tre klinikker for TCM</i>	7
<i>To familieleger og deres bruk av TCM</i>	10
<i>Opplæring av TCM</i>	11
DISKUSJON	12
<i>Paralleller en kan trekke fra cubanske til norske forhold hva angår TCM</i>	12
<i>Syrker og svakheter i forhold til valg av metode</i>	15
<i>Vurdering av resultatene sett i lys av informantene</i>	17
<i>Svakheter ved oppgaven</i>	17
<i>Samlet vurdering</i>	18
<i>Ubesvarte spørsmål</i>	18
KILDER	19
APPENDIKS:	21

Forord

Arbeidet med oppgaven mens jeg var på Cuba ble utfordrende på måter jeg ikke var forberedt på. Cuba er et kommunistisk land hvor innbyggerne er vant til å bli overvåket i det daglige og på jobb. Personer jeg snakket med på Cuba hevdet at hver tredje person er politi og at en må regne med at det i enhver vennegjeng er minst en spion på vegne av staten. Spionens oppgave skal angivelig være å påse at det ikke oppstår holdninger kritisk til det kommunistiske styret. Dersom noen uttaler seg kritisk til landets styresett kan dette av spionene bli rapportert til myndighetene. Vedkommende kan da i verste fall miste jobben eller bli fengslet. Disse forholdene gjør at mange er redde og føler seg hemmet i hva de kan gjøre og si. Denne overvåkingen av befolkningen har funnet sted i økende grad etter at Fidel Castro overtok styringen av landet i 1959 (1). Landets lover er svært detaljerte og grundige og frarøver innbyggerne friheter vi som nordmenn og medlemmer av et demokrati tar for gitt. Eksempelvis er tilgangen på informasjon som ikke er sensurert av regjeringen svært begrenset. Etter å ha besøkt 3 ulike bokhandlere og et stort bok marked vil jeg vil anslå at ca 80% var kommunistisk propaganda og anti-amerikansk litteratur. Cubanere har dessuten begrenset tilgang til Internett. De har ikke lov til å ha Internett hjemme, men kan benytte seg av Internett på Internett-caféer dersom de er i følge med turister.

Mangelen på frihet, spesielt ytringsfrihet er nok det som gir grobunn for mest frustrasjon blant innbyggerne. I samtaler med offentlig ansatte kom det fram at de har klare restriksjoner på hva de kan gi av informasjon til de som besøker landet. I samtaler med helsearbeidere var dette noe jeg merket godt. Dersom de fikk tillit til meg, kom de med helt annen type informasjon enn i begynnelsen av samtalen. De gav meg også klar beskjed om hva jeg kunne skrive om i oppgaven min og hva som var informasjon til meg personlig. Dette har gjort arbeidet med oppgaven til en stor utfordring, og jeg har vært så forsiktig jeg har kunnet med tanke på informasjon som kan få konsekvenser for de jeg har intervjuet. Av disse årsakene ber jeg om at oppgaven behandles konfidensielt, og at det ikke legges ut kopi til offentlig lesing.

Resymé

Etter lovendringen i Norge vedrørende alternative behandlingsformer som trådte i kraft 01.01.2004 (2) ønsket jeg å reise til et land hvor alternative behandlingsmetoder var integrert som en del av et vestlig medisinsk system. Jeg valgte Cuba, og formålet med oppgaven har vært å få en oversikt over bruken av Tradisjonell Kinesisk Medisin (TCM) i landet, samtidig som jeg ønsket å finne ut av om det Cubanske helsevesen på dette punktet kunne fungere som modell for det norske helsevesenet. Metoden jeg har brukt er kvalitativ, og baserer seg på deltakende observasjon i konsultasjoner med pasienter og åpne intervju av helsearbeidere. Jeg fant at TCM i praksis er en fullverdig integrert del av det Cubanske helsevesen, og at måten Cuba har integrert TCM i utdanningen av helsepersonell på vil muligens kunne fungere som en modell for Norge. Jeg har dessuten fremsatt en ide om at sykepleiere i Norge, på lik linje med sykepleiere på Cuba, kan tilbys videreutdanning innen alternative behandlingsformer.

Innledning

1.januar 2004 trådte en ny lov vedrørende alternativ medisin i kraft i Norge (2) Den gamle kvakksalverloven av 1936 (3) ble erstattet med "Lov om alternativ behandling ved sykdom". Denne lovendringen medførte at helsearbeidere i økende grad må forholde seg til og gi råd vedrørende alternative behandlingsformer. I kjølevannet av denne lovendringen ble jeg nysgjerrig på hvordan et slikt samarbeid kunne fungere i praksis. Jeg bestemte meg for å reise til et land med et skolemedisinsk fundert helsevesen hvor alternative behandlingsformer også er en del av behandlingstilbudet. Hensikten var å finne ut om dette systemet kunne brukes som modell for samarbeid mellom skolemedisinske og alternative behandlingsmetoder i Norge.

Flere av mine medstudenter har vært på Cuba og skrevet 2. års oppgave om ulike aspekter ved helsevesenet der. En av oppgavene beskriver alternativ medisin som en integrert del av et medisinsk system som for kort tid tilbake kun benyttet seg av skolemedisinske behandlingsmetoder (4). Det som ikke er besvart i disse oppgavene og som jeg ønsket å få svar på var følgende:

1. Hvordan og hvorfor har alternativ medisin fått innpass innenfor helsevesenet på Cuba?
2. Hvilke konsekvenser har dette fått for opplæring av helsepersonell?
3. Har Cuba utviklet en modell for samarbeid mellom alternativ medisin og skolemedisin som helt eller delvis kan overføres til Norge?

Begrepsavklaring:

I publiserte studier vedrørende alternativ medisin er det sprikende definisjoner av hva alternativ medisin er (5). I denne oppgaven kommer jeg i all hovedsak til å referere til Tradisjonell Kinesisk Medisin (TCM). Behandlingsformer som faller inn under TCM er meditasjon, kostholdsveiledning, mat, øvelser, massasje, urter, akupunktur, astrologi og geomanikk (6). I min oppgave refererer jeg til massasje, urter og akupunktur når jeg omtaler TCM. Årsaken til denne innsnevringen av begrepet, er at det var disse behandlingsformene jeg i all hovedsak så i bruk på Cuba. I appendikset finnes en kort beskrivelse av de behandlingsformene jeg kommer til å nevne.

Metode

Jeg oppholdt meg på Cuba i 3 måneder for å innhente informasjon. Første halvdel brukte jeg til å lære spansk og andre halvdel innhentet jeg informasjon. I den forbindelse oppholdt jeg meg blant annet på et sykehus, ved en poliklinikk og hos en familielege i en by på størrelse med Tromsø. Via en kollega ble jeg satt i kontakt med to leger på Cuba. Via disse to fikk jeg knyttet andre kontakter innen helseregionen de soknet til. Jeg ble dessuten kjent med en massør og refleksiolog som tidligere hadde arbeidet ved avdelingen for TCM ved universitetssykehuset i Havanna. Via han fikk jeg muligheten til å besøke denne avdelingen og intervju overlegen der.

Metoden jeg benyttet er kvalitativ og baserer seg på deltakende observasjon i konsultasjoner og åpne intervju av helsearbeiderne. Under bearbeidingen av materialet har jeg forsøkt å understøtte egne funn og betraktninger i litteraturen.

Beskrivelse av informantene:

1. Mannlig nevrokirurg, ca 35 år

2. Mannlig familielege med videreutdanning innen TCM, ca 35 år. Overlege ved avdeling for TCM.
3. Mannlig familielege med videreutdanning innen TCM, ca 50 år. Overlege ved poliklinikk for TCM.
4. Mannlig familielege i slutten av 20 årene. Ansatt ved et familielegekontor.
5. Mannlig familielege med videreutdanning innen TCM, ca 40 år. Overlege ved avdeling for TCM.
6. Kvinnelig familielege i slutten av 20 årene. Hun var gift med informanten som var nevrokirurg. Hun hadde jobbet som familielege før og hadde kurs innen akupunktur. Måtte slutte som lege av økonomiske årsaker. (En lege på Cuba tjener i underkant av 20 amerikanske dollar i måneden. Noe som er svært lite, også ifølge Cubansk standard)
7. Kvinnelig sykepleier på 35 år med kurs innen TCM. Jobbet på avdeling for TCM.
8. Kvinnelig sykepleier på ca 30 år med kurs innen TCM. Jobbet på TCM poliklinikk.
9. Kvinnelig medisinerstudent på 22 år. Hospiterte ved poliklinikk for TCM.
10. Mannlig medisinerstudent på 24 år. Tilfeldig møte ved universitetet i Havanna.
11. Kvinnelig Santera¹, ca 60 år.

I tillegg til de ovennevnte informantene har jeg hatt samtaler med lokalbefolkningen på de stedene jeg besøkte.

Resultater

I følge mine informanter er TCM lovmessig likestilt med vestlig medisin på Cuba og denne behandlingsformen kan benyttes ved alle typer sykdommer. TCM skal visstnok utgjøre 20% av behandlingene innen helsevesenet (4). Grunnutdannelsen i medisin gir 11 uker undervisning i TCM i løpet av de to siste årene av studiet. To av informantene mine omtalte TCM som en egen spesialitet (disse var overleger ved to avdelinger for TCM), de andre gjorde det ikke. Alle de om lag 280 sykehusene på Cuba har en egen avdeling for TCM. Behandling med TCM er gratis for pasienten på lik linje med annen medisinsk behandling på Cuba.

¹ En slags prestinne innen den afro-cubanske religionen Santeria (7)

Jeg har prøvd å forstå hvorfor TCM har fått innpass innen helsevesenet på Cuba, og etter samtaler med flere informanter har jeg fått inntrykk av at det er en nesten direkte konsekvens av østblokklandenes fall på slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90 tallet. Cuba kom i et økonomisk uføre etter at de økonomiske samarbeidspartnerne i Sovjet og Øst-Europa falt bort og USA innførte en handelsblokade som har vart helt fram til i dag (1). Dette rammet blant annet helsevesenet, og landets ledelse måtte se seg om etter alternative løsninger. En av løsningene ser ut til å være innføringen av TCM. Ikke bare er behandlingene innen TCM svært rimelige sammenliknet med medikamentell behandling benyttet i vesten, Kina ligger også nært Cuba politisk sett. Informantene mine var samstemte i at skepsisen til TCM var svært stor i begynnelsen, men at utviklingen går i retning av at både helsearbeidere og pasienter blir mer og mer åpne for disse behandlingsformene.

En viktig årsak til at TCM har fått fotfeste i befolkningen, kan være utbredelsen av afrocubanske religioner på Cuba. Store deler av befolkningen er etterkommere av slaver spanjoler og andre kolonister hentet i Afrika (1). Det spesielle med slavehandelen på Cuba var at familiene ikke ble splittet opp. Tradisjonene fra hjemlandet ble holdt i hevd, også de som vedrører medisin og helbredelse. Innenfor mange av de afrocubanske religionene er det vanlig med bruk av planter i behandling sykdom. Dessuten er det også i dag relativt vanlig å oppsøke en Santero dersom en har helserelaterte plager (7). Dette representerer en sterk kopling mellom helse og religion. Store deler av befolkningen er dermed vant til å forholde seg til helbredelse av sykdom innenfor et erfaringsbasert system. I motsetning til en befolkning som er sterkt naturvitenskaplig orientert, vil jeg tro at en befolkning som er vant til å forholde seg til erfaringsbaserte "sannheter" vil være mer åpen for behandling med TCM.

Beskrivelse av tre klinikker for TCM

Jeg besøkte tre ulike steder hvor det kun ble gitt behandling med TCM. Den ene av disse var avdelingen for TCM ved et universitetssykehuset i en av de største byene på Cuba. Dette var en akuttmedisinsk enhet med et døgnkontinuerlig tilbud til smertepasienter. De hadde ca 10 behandlingsbenker og ingen sengeplasser. Her fikk pasientene akutt smertebehandling, før de eventuelt ble innskrevet ved en av avdelingene ved sykehuset, eller ble videresendt til det sykehuset eller distriktet de soknet til med informasjon om videre behandlingsopplegg. Her la de stor vekt på å undervise pasientene i selv å holde sitt eget biologiske system i balanse. Overlegen ved denne avdelingen hevdet at i følge TCM er nøkkelen til helse det å finne likevekt og balanse i hva en spiser, hvor mye en trener og hvor mye hvile en får. Det jeg fikk

se av behandling her var moksibusjon, akupunktur og massasje. Jeg fikk også se en film hvor de behandlet facialis parese med akupunktur og hvor de behandlet MS-pasienter ved hjelp av bistikk.

Den andre avdelingen jeg besøkte var på et mindre sykehus i en by på størrelse med Tromsø. Struktureringen av avdelingen og hvilke typer pasienter de behandlet var ulikt det jeg så på det første sykehuset. Denne avdelingen kalte seg: "Clinica de Medicina Tradicional, Natural y Homeopatica" (CMTNH). Åpningstidene var mandag til fredag fra 08.00 til 16.00 og de mottok pasienter som var henvist fra familieleger som soknet til dette sykehuset. Det var en lege og en sykepleier ansatt ved avdelingen. Begge hadde tatt kurs innen TCM. Avdelingen hadde 4 senger og mottok 25 til 30 pasienter hver dag. Her fikk jeg se behandling med akupunktur, farmakopunktur og akupunktur med elektrisk stimulering. De hadde ikke engangsutstyr, alle nåler ble sterilisert og brukt om igjen. Dersom det var første gang pasienten kom til avdelingen, tok legen opp anamnese og avgjorde hva slags behandling pasienten skulle få. Sykepleieren utførte selve behandlingen. I tillegg til at legen rekvirerte behandling med akupunktur, skrev han også ut resepter på homøopatiske legemidler og Bachs blomstermedisin. De pasientene jeg så bli behandlet led av både somatiske og psykiatriske lidelser. De somatiske lidelsene jeg så bli behandlet var: Facialis parese, hikke, cervicobracialgi, cervical plexusitt, astma, pneumoni, tendinit i håndledd, lumbago, leamus (fasiculasjoner) i øyenlokket, skuldersmerter, sequele i form av smerter etter operasjon i håndledd og epicondylitt. De psykiatriske lidelsene var: Angst og posttraumatisk stress syndrom. Ved behandling med alle tre former for akupunktur hadde de et standard behandlingsopplegg med likt antall behandlinger, men med individuelle punkter. Dette besto av 10 behandlinger på ei uke. Dersom tilstanden ikke bedret seg tok de pause fra behandlingen i ei uke før de gjentok behandlingen i den påfølgende uka. Dersom dette ikke gav resultater fortsatte de enten med akupunktur eller de henviste til annen type behandling innen TCM eller vestlig medisin. På utsiden av denne avdelingen hang det en liste over hvilke behandlingsformer de hadde å tilby. Selv om mitt hovedfokus er bruken av TCM, vil jeg gjengi listen for å vise spennvidden av hvilke behandlingsformer de tilbød.

1. Akupunktur
2. Akupressur
3. Moksibusjon

4. Aurikuloterapi, kraneopunktur, akupunktur i hendenes, håndleddenes og anklenes mikrosystem
5. Elektroakupunktur
6. Massasje
7. Ergoterapi
8. Naturprodukter
9. Homøopati og blomstermedisin
10. Fysioterapi og rehabilitering
11. Magnetisme og elektromagnetisme
12. Kopping
13. Anestesi vha akupunktur
14. Farmakopunktur
15. Ozonterapi

Det tredje stedet jeg oppsøkte var en poliklinikk. Dette stedet het: "Clinica Medicina Traditional Natural" (CMTN), og lå kun et steinkast unna sykehuset jeg har beskrevet over. Klinikken hadde 21 ansatte hvorav de fleste var sykepleiere. Klinikken var åpen fra mandag til lørdag, og tok i mot 40-50 pasienter daglig. Jeg deltok her på samtlige av overlegens konsultasjoner i løpet av en og en halv dag. Han benyttet akupunktur i de rundt 10 behandlingene jeg var med på. Han fortalte meg at han i all hovedsak benyttet seg av TCM, men han hadde også et tilbud om behandling med noe han kalte pyramideenergier. I følge denne legen har behandling med pyramideenergier vært tilgjengelig og benyttet innen det Cubanske helsevesen siden 1992. Jeg snakket med en fysiker ansatt ved universitetet i denne byen angående forskning på pyramide energier. I samarbeid med et legeteam var han i gang med å utforme en studie der de håper å kunne påvise virkningsmekanismene ved bruk av pyramideenergiene. Denne behandlingen stammer fra det gamle Egypt (8) , men ble, i følge min informant, introdusert i moderne tid av en ungarsk lege som drev forskning på dette området i perioden 1935-1945. Legen jeg hospiterte hos hadde 3 pyramider han benyttet i sin praksis. Han hadde to små, en med en grunnflate på 20*20 cm og en med en grunnflate på 40*40 cm. Disse var laget av stålvaiere som var dekket av plast. I tillegg hadde han en stor sammenleggbare pyramide som bestod av åtte jernstenger. I denne pyramiden var sidene 170 cm lange og var så stor at pasientene kunne ligge inne i den. I følge legen behandlet de tilstander som hevelser, gastritt, ulcera, astma og hypertensjon med pyramidene. Fysikeren jeg intervjuet nevnte sykdommer som inflammasjoner, ulike muskelskjelettplager og kreft.

Pyramiden holdes over det aktuelle området, eventuelt hele pasienten, i 20-30 minutter. Jeg fikk ikke sett pyramidene benyttet i praksis, men legen hevdet at når de plasserer pyramiden over en hevelse, kan hevelsen forsvinne i løpet av 15-20 minutter.

To familieleger og deres bruk av TCM

Jeg intervjuet to familieleger angående deres bruk av og holdning til TCM. Den ene legen (lege 1) jobbet på et familielegekontor, mens den andre legen (lege 2) hadde jobbet som familielege i distriktet, men hadde sluttet av økonomiske årsaker. I følge informantene mine finner de fleste cubanere alternative måter å tjene penger på, og de påstod at både mannlig og kvinnelig prostitusjon er svært utbredt på Cuba. Andre alternative måter de tjener penger på er sigarsalg, lakking av negler, pussing av sko eller salg av hjemmeproduserte produkter som klær, vesker, kunst eller mat. Den legen som hadde sluttet som familielege tjente nå penger på å selge hjemmeproduserte produkter, og oppnådde ved dette en vesentlig høyere lønn.

Lege 1 var en relativt nyutdannet mann i begynnelsen av 30 årene. Jeg var sammen med han i hans praksis to dager på rad. I løpet av disse to dagene så jeg to av ca 20 pasienter bli behandlet med TCM. Den ene fikk akupunktur i form av et plaster med en liten nål som var festet til de aktuelle punktene noen dager i strekk. Denne pasienten hadde betennelse i senen til m.brachialis. Den andre pasienten var på kontroll med et sår infisert med stafylokokker. I følge legen er 90 % av slike sår på Cuba infisert med antibiotikaresistente bakterier. Behandlingen han hadde foreskrevet var antibiotika og homøopati. Homøopati hadde han brukt som et substitutt da han ikke hadde rett type antibiotika tilgjengelig.

Lege 2 var på alder med lege 1 og hadde jobbet som familielege i distriktet i 2 år. Hun hadde tatt et ekstra kurs innen akupunktur, og hadde blant annet benyttet akupunktur i akuttmedisinske situasjoner hvor hun ikke hadde hatt annet medisinsk utstyr tilgjengelig. Det var da hun så virkningen av akupunktur på en bevisstløs pasient, at hun bestemte seg for å lære mer om akupunktur. Hun hadde en pasient med svært lavt blodtrykk og stimulerte punktet som skulle stimulere den vasoaktive responsen. Blodtrykket steg og pasienten ble betraktelig bedre. Dette er et eksempel på hvorfor akupunktur blir benyttet i et land med begrensede ressurser.

Opplæring av TCM

Som tidligere nevnt utgjør opplæringen innen TCM 11 uker av undervisningen i løpet av de to siste årene på medisinstudiet. Studiet er normert til 6 år. Eksamineringen av kunnskap innen TCM inngår som en integrert del av eksamenene innen andre medisinske fagfelt.

Hovedvekten av undervisningen av TCM legges på akupunktur, moksibusjon og akupressur. De har i tillegg forelesninger om homøopati, fysioterapi og apideravidos (honningprodukter).

Dersom en lege eller sykepleier ønsker å jobbe på en avdeling for TCM, må de ta en form for videreutdanning. Informasjonen jeg har fått hos de ulike informantene mine er sprikende på dette punktet og jeg har dessverre ikke funnet denne type informasjon i bøker om Cuba eller i medisinske databaser. Jeg fant heller ikke noe skriftlig om dette på Cuba. Jeg presenterer derfor fakta slik jeg fikk dem presentert av de respektive informantene men med forbehold om at opplysningene kan være mangelfulle.

Så vidt jeg forstod omtalte overlegen på CMTNH seg selv som spesialist, og han sa det tok 4 år å spesialisere seg innen TCM. Det samme sa overlegen ved akuttmedisinsk avdeling ved universitetssykehuset i Havanna. Nevrokirurgen og den kvinnelige familielegen hevdet noe annet. De påstod at det ikke går an å spesialisere seg innen TCM, men at en kan ta diverse kurs innen emnet og at det er mulig å gjøre vitenskaplige arbeider innen feltet. De sa også at de som utøver TCM holder store konferanser for de som jobber innen samme felt og at de jobber for at alternativ medisin skal bli en spesialitet på lik linje med andre spesialiteter. Samtalen med legen i Havanna foregikk ved hjelp av tolk mens samtalene med legen på CMTNH foregikk samtalen på spansk uten tolk. Kommunikasjonen med nevrokirurgen og den kvinnelige familielegen foregikk på engelsk. Jeg tror det er størst sannsynlighet for at informasjonen jeg fikk av de to sistnevnte er korrekt. Dette fordi mine spanskkunnskaper er mye dårligere enn engelskkunnskapene, og fordi det er større sannsynlighet for at det oppstår misforståelser i samtaler hvor en bruker tolk.

Sykepleiere som ønsker å jobbe med TCM gjennomgår også en form for videreutdanning. Sykepleieren jeg var i kontakt med på sykehuset hadde ett års videreutdanning innen TCM. Jeg forstod det dit hen at utdanningen fokuserte mest på akupunktur.

Det er jevn kjønnsfordeling blant de legene som velger å jobbe med TCM. En annen ting jeg la merke til var at avdelingen for TCM hadde flest kvinnelige pasienter. Jeg kommer tilbake til dette i diskusjonen.

Diskusjon

Jeg har i min studie funnet at TCM tilbys som behandling til et stort antall pasienter på Cuba og utgjør, i følge studenter som har vært der før meg, ca 20% av behandlingen som gis innen helsevesenet der (4). Alle sykehus har en avdeling for TCM. Med grunnlag i det jeg fikk se av behandlinger kan det virke som om muskel-, skjelettplager og smertetilstander er det som hyppigst behandles med TCM.

Paralleller en kan trekke fra cubanske til norske forhold hva angår TCM

Sammenliknet med Norge er det veldig mange ulikheter i forhold til hvordan det etablerte helsevesen forholder seg til TCM. For det første er TCM i følge cubansk lov fullverdig integrert i det vestlige medisinske system og det er ingen begrensninger i forhold til hvilke sykdommer en kan behandle med TCM. For det andre er det trent helsepersonell med tradisjonelle vestlige medisinske utdannelser som utfører behandlingene. For det tredje undervises medisinstudentene på Cuba i større grad i alternative behandlingsformer enn det gjøres i Norge. De har 11 uker med undervisning innen dette fagfeltet som en del av grunnutdannelsen på 6 år. I Norge varierer undervisningstilbudet som gis ved de ulike universitetene. I følge administrasjonen ved de respektive universitetene tilbys det ingen undervisning innen alternativ medisin i Bergen og Trondheim. I Oslo består tilbudet av et dags seminar på 6.5 timer samt en introduksjonsforelesning på 2 timer mens det i Tromsø gis en forelesning over 2 timer. Verken i Oslo eller Tromsø er undervisningen obligatorisk.

Til tross for disse fundamentale ulikhetene mener jeg likevel å ha funnet antydninger til like *holdninger* til deler av behandlingsformene innen TCM hos helsepersonell i Norge (9) og på Cuba. Det var stor skepsis blant helsepersonell da akupunktur først kom på banen i Norge for ca 30 år siden, men nå har akupunktur blant annet som smertelindring ved fødsel, begynt å få fotfeste ved flere norske sykehus (10). Jeg fikk inntrykk av at også innen det cubanske

helsevesen var det akupunktur som hadde fått sterkest fotfeste. Ett annet likhetstrekk var holdingene til TCM blant helsearbeiderne. Til tross for et begrenset utvalg av informanter, virker det som om disse informantenes holdning til TCM korresponderer relativt bra med personer i tilsvarende stillinger i Norge (9). Kvinner var mer positive enn menn, og sykepleiere mer åpne enn leger. (Sett bort ifra de legene som selv jobbet med TCM) De familielegene (som kan sammenliknes med allmennpraktikere) jeg var i kontakt med, virket mer positiv til TCM enn for eksempel nevrokirurgen. Nevrokirurgen gav uttrykk for at akupunktur representerte en placeboeffekt, mens alle familielegene (bortsett fra en) var åpne for at behandling med akupunktur representerer noe mer enn bare en placeboeffekt. Selv om det er vedtatt ved lov at TCM er likestilt med skolemedisinsk behandling, er mange fortsatt skeptisk til denne formen for behandling. Mitt generelle inntrykk var at de fleste som ikke jobbet i helsevesenet ikke hadde noen betenkeligheter i forhold til TCM, mens uenigheten blant helsearbeiderne var stor. En siste parallell å nevne at det er flere kvinner enn menn som mottar behandling med TCM på Cuba. Den samme tendensen er observert i Norge (10).

Har Cuba utviklet en modell for samarbeid mellom alternativ medisin og skolemedisin som kan overføres til Norge? Det virker som om det var økonomiske årsaker som gjorde at Cuba innførte bruk av TCM og andre alternative behandlingsformer. Dersom det norske helsevesen skulle gi tilbud om alternativ medisinske behandlingsmetoder ville argumentasjonen for dette være en annen. Studier har vist at nordmenn i stor grad benytter seg av alternativ medisinske behandlingsmetoder (9) og med den nye loven vedrørende alternative behandlingsformer (2) plikter den enkelte lege til større delaktighet hva angår pasienters bruk av alternativ behandling. § 6 og 7 gir reguleringer hva angår bruk av alternative behandlingsformer. §6 omhandler kun alternative terapeuter, mens § 7 gir reguleringer/anvisninger/bestemmelser vedrørende legens rolle ved bruk av alternative behandlingsmetoder. Alternative terapeuter kan i følge § 6 ikke behandle allmennfarlige *smittsomme* sykdommer. De kan imidlertid ved slike sykdommer utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har til formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse. § 7 omhandler behandling av andre alvorlige sykdommer og lidelser enn de som omfattes av § 6. Ordlyden i § 7 første ledd er den samme som det jeg har referert over av § 6, men § 7 har et tillegg hvor samarbeid mellom lege og alternativ terapeut blir tatt i betraktning. Loveteksten her sier ”at dersom behandlingen av andre sykdommer enn de som kommer inn under §6 skjer i *samarbeid* eller *samforståelse* med pasientens lege, og pasienten er myndig og har

samtykkekompetanse etter pasientrettighetsloven §4-3 første og andre ledd, kan slik alternativ behandling av alvorlige sykdommer og lidelser likevel finne sted”. Konsekvensen er at leger må forholde seg til og gi råd innen et felt de får lite eller ingen opplæring i innen sin grunnutdanning. Dette betyr i praksis at rådføringen den enkelte pasient får i dette henseende i stor grad avhenger av den enkelte leges personlige oppfatning og erfaring. Dette kan medføre at leger på grunn av manglende kunnskaper og redsel for å trå feil, fraråder alternative behandlingsformer. En slik situasjon kan få flere uheldige konsekvenser. Resultatet kan bli at pasienter benytter seg av utradisjonelle behandlingsmetoder uten å opplyse legen om det slik at den behandelende lege mister oversikten over pasientens behandlingssituasjon. I verste fall kan dette få fatale følger for pasienten dersom han benytter seg av behandlingsformer som på en uheldig måte interfererer med den skolemedisinske behandlingen. Johannesurt er et eksempel på et naturmiddel som har vist seg å interferere med et flertall av kjente cellegifter (11). Med bakgrunn i disse argumentene mener jeg det er hensiktsmessig at norsk helsepersonell, på lik linje med cubansk helsepersonell, får en grundigere opplæring i de mest brukte alternative behandlingsformene. Både for å øke forståelsen i forhold til hva de enkelte behandlingsformene innebærer og for å få en økt kunnskaper om hvilke terapiformer som kan være direkte skadelig for pasienten. Dette vil sannsynligvis øke tryggheten hos den enkelte lege når de får spørsmål om og må forholde seg til disse behandlingsformene. En slik opplæring vil etter all sannsynlighet også kunne bedre kommunikasjonen med behandlerne innen alternativ medisin og gi legen økt trygghet på hvorvidt behandlingene pasienten mottar interfererer med hverandre på en uheldig måte.

Er det hensiktsmessig at helsepersonell i Norge, på lik linje med helsepersonell på Cuba, får tilbud om videreutdanning innen alternativ medisin? Fordelen med at trent helsepersonell gir tilbud om alternative behandlingsformer ligger i at behandlingssituasjonen til den enkelte pasient blir mer oversiktlig både for pasient og behandler og en kan forsikre seg om at pasienten ikke mottar en uheldig kombinasjon av behandlinger. I tillegg slipper pasientene å søke til det private marked, med fare for å møte på useriøse og uhensiktsmessig dyre behandlere. På Cuba stod sykepleierne for en stor del av behandlingen. Dette er kanskje en idé vi kan benytte oss av i Norge. Undersøkelser har vist at sykepleiere er den gruppen helsearbeidere som er mest åpen til alternative behandlingsmetoder (10), og det er nærliggende å tro at det er innen denne gruppen vi per i dag ville finne enkeltindivider mest interessert i denne formen for spesialisering. En kombinasjon av en grundigere grunnopplæring av leger innen alternativ medisinske sykdomsbegreper og

behandlingsmetoder og god tilgang på kolleger med spesialisering innen feltet, ville sannsynligvis gjøre det lettere for den enkelte lege å gi forsvarlige råd hva angår alternative behandlingsformer. Sykepleierne, med en vestlig medisinsk bakgrunn i tillegg til spesialisering innen alternativ medisin, vil kunne kommunisere faglig bra med en lege, og gi kvalifiserte råd med hensyn til behandling. Et annet poeng er at disse sykepleierne i tillegg ville kunne kommunisere bedre med alternative behandlere på det private marked som nok i noen grad vil eksistere selv om trenet helsepersonell spesialiseres innen alternativ medisin.

Ulemper med at trenet helsepersonell utøver alternative behandlingsformer vil være faren for dekkvalifisering av behandlingene dersom behandlerne ikke er godt nok utdannet innen de respektive behandlingsformer / -metoder. En annen bakdel er faren for at videreutdanningen kun ville vært fokusert på de behandlingsformene som kan innleires innen en biomedisinsk referanseramme. Et siste ankepunkt er at pasienter kan forledes til å tro at dette er vitenskaplig funderte metoder fordi det tilbys innen helsevesenet.

Styrker og svakheter i forhold til valg av metode

Jeg har valgt å anvende kvalitativ forskningsmetode i form av deltakende observasjon og åpne intervju. Rasjonale bak valg av metode er at jeg vurderte dette som den mest hensiktsmessige måten å få innblikk i det cubanske helsevesen på. Jeg vurderte det dit hen at jeg ved åpne intervju ville få en dypere forståelse og mer nyansert innsikt i hvordan den enkelte helsearbeider definerer og ser på TCM enn det jeg ville fått ved bruk av spørreskjema. Situasjonen jeg var i umuliggjorde også bruk av spørreskjema. Cubanere er, som tidligere nevnt, under et sterkt politisk press med hensyn til hva de kan fortelle tilreisende. Jeg møtte informantene mine med en åpenhet og personlig interesse som, i følge min vurdering, var viktig for at de skulle være villig til å gi meg informasjon som var så nær opp til sannheten som mulig. Det er nærliggende å tro at de torde være mer ærlig når de fikk sjansen til å bli kjent meg, og over tid fikk opparbeidet en gjensidig respekt og tillit.

Innen kvalitativ forskning er det mange faktorer som påvirker resultatet (12). Både muligheter og begrensninger ligger hos forsker, informantutvalg, forholdet imellom forsker og informant og den settingen forsker møter sin(e) informant(er) i.

Som forsker var det viktig at jeg bevarte en objektivitet i forhold til tema. Jeg unnlot å stille ledende spørsmål som "Det er vel slik at" eller "Du synes sikkert at.....". Jeg stilte heller

åpne spørsmål og startet ofte samtalen med: "Kan du fortelle meg om....." Videre ut i samtalen kunne jeg komme med mer konkrete spørsmål om behandlingsformer, pasientgrupper, deres egen holding og liknende. Ved å jobbe på denne måten opplevde jeg at de kom med sine sannheter og betraktninger, mer enn at de fortalte meg det de trodde jeg ville høre. I etterkant har jeg innsett at jeg kunne ha jobbet mer strukturert og systematisk i form av å spørre de samme spørsmålene på samme måte til alle informantene. Måten en spør på påvirker ofte hvilket svar en får. Dette kan ha medført diskrepans i de opplysningene jeg fikk hos de ulike informantene.

Utvalget av informantene jeg fikk kontakt med var helt avhengig av nevrokirurgen jeg hadde som veileder på Cuba. Han bestemte hvem jeg kunne snakke med, og dette har naturligvis stor betydning for informasjonen jeg fikk. Informantene kan ha vært preget av nevrokirurgens syn på TCM. Han var overlege ved en avdeling på sykehuset, og det kan ha vært viktig for dem å gi meg informasjon som stemte overens med hans holdning dersom de kjente til denne. Min vurdering er imidlertid, at dette mest sannsynlig ikke var tilfellet. Jeg oppfattet han som en fordomsfri person som var opptatt av viktigheten av åpne diskusjoner og respekt for andres meninger. Han formidlet til meg at en av årsakene til at han ønsket å hjelpe meg, var at han synes det er viktig at omverdenen får vite om forholdene på Cuba, og satte seg selv, sitt omdømme og sin jobb i fare ved å la meg intervju seg selv og hans kollegaer på hans arbeidsplass. De sprikende informasjonene jeg mottok vedrørende holdningene til TCM vurderer jeg som en bekreftelse på at informantene torde være ærlige i sine uttalelser.

I likhet med at forholdet en forsker har til informantene kan påvirke svarene en får i en intervju situasjon, har settingen en foretar intervjuet i også innvirkning på svarene. Jeg ble best kjent med nevrokirurgen og kona hans. Kona var familielege, men hadde ikke jobbet som lege de siste 2 årene. Jeg traff nevrokirurgen på sykehuset stort sett hver dag i 4 uker i tillegg til at jeg var på besøk hjemme hos dem 2-3 dager i uka. Jeg observerte og intervjuet han i jobbsituasjon som lege og hjemme hos han som privatperson. Jeg la merke til at hans private holdninger til TCM kom sterkere fram i uformelle private settinger. Da jeg snakket med ham hjemme hos ham selv var han positiv til bruken av TCM ved blant annet smertetilstander, men gav sterkt uttrykk for at effekten ene og alene skyldes placeboeffekt. På sykehuset derimot, lot han aldri disse synspunktene komme til uttrykk. Kona hans hadde gjennomført ekstra kursing innen akupunktur, og uttrykte sterk uenighet med sin mann uten at jeg oppfattet dette som en konflikt dem imellom. Dette mener jeg styrker tilliten til at informantene mine

uttrykte egne meninger, og ikke det de trodde var nevrokirurgens meninger. De andre informantene møtte jeg kun på sykehuset mens de var på jobb. Eksemplet over illustrerer at dette i seg selv kan ha påvirket svarene de gav meg. Det kan hende at de mer uttalte seg på vegne av sin profesjon enn sin person. I etterkant mener jeg at jeg burde ha hatt et mer bevisst forhold til dette mens jeg foretok intervjuene. Ut fra eksemplet over kan det være nærliggende å tro at informasjonen jeg har fått i større grad representerer de ulike profesjonene enn helsearbeiderne som privatpersoner.

Jeg skrev ned informasjonen jeg fikk, både under og etter møtet med informantene. Jeg vurderte å bruke diktafon, men valgte å ikke å gjøre det for ikke å vekke oppsikt og av hensyn til informantenes sikkerhet. Jeg ville unngå en situasjon hvor kassetene eventuelt ble beslaglagt, og informasjonen gjort tilgjengelig for offentlige myndigheter på Cuba. Dette ville vært uheldig for både meg og informantene. Skriftlig nedtegning av data under intervju medfører større fare for feilsitering enn ved bruk av diktafon. Det er viktig å ha dette innmente ved gjennomlesing av oppgaven.

Vurdering av resultatene sett i lys av informantene

Funnene jeg har gjort i denne studien vil være sterkt farget og avhengig av mine 11 informanter. Informasjonen de har gitt meg, er deres subjektive opplevelse av hvordan tingene er, og har vært avhengig av deres troverdighet som enkeltpersoner. Jeg har hos alle disse 11 vurdert troverdigheten som svært høy. Jeg har ikke klart å avdekke noen grunn til at de bevisst ville ønske å gi meg feilaktig informasjon. Den sprikende informasjonen jeg fikk vedrørende spesialiseringen innen TCM tror jeg representerer en kommunikasjonssvikt mellom meg og informantene. Det kan også være at jeg var uklar i min definisjon av hva jeg la i ordet spesialisering. Det kan være at de som hadde utdypende kurs innen TCM så på dette som en spesialisering uten at det gav dem en tittel på den måten jeg refererte til. Noe jeg tror teller positivt for måten jeg har jobbet på i forhold til informasjonen jeg har samlet, er at jeg ble godt kjent med informantene og at de etter hvert torde være både åpen og ærlig ovenfor meg. Dette mener jeg er med på å styrke troverdigheten av innholdet i oppgaven.

Svakheter ved oppgaven

Jeg valgte å reise på turistvisum fordi jeg trodde dette ville gi meg større frihet. Tanken bak var at jeg ikke ville bli "overvåket" av universitetet, og at det kanskje ville lette arbeidet. Slik ble det ikke. Det at jeg hadde turistvisum begrenset arbeidet med oppgaven betraktelig. Det

viste seg at jeg egentlig ikke hadde lov til å være på sykehuset eller på universitetet uten studentvisum, og at de legene som samarbeidet med meg gjorde noe ulovlig da de viste meg rundt på universitet, poliklinikk, familielegekontor og på sykehus, og da de lot meg være med i deres konsultasjoner. På grunn av turistvisumet fikk jeg heller ikke tilgang til nasjonale studier vedrørende effekten av alternativ medisin. Informantene mine visste heller ikke om slike studier forelå. En av legene som kun jobbet med TCM gav meg en diskett med data fra egen praksis. Disketten var dessverre tom da jeg kom hjem.

Mine begrensede spanskunnskaper begrenset også arbeidet med oppgaven. Av økonomiske og tidsmessige årsaker hadde jeg ikke mulighet til å sette av mer enn 6 uker for å lære meg språket. Situasjonen tillot meg ikke å benytte meg av tolk. Dersom jeg fant noen som kunne engelsk fikk jeg de til å hjelpe meg, ellers foregikk kommunikasjonen på spansk. Fire av informantene mine pratet flytende engelsk.

Samlet vurdering

Til tross for begrensningene studien min har i forhold til metode, mener jeg at jeg har samlet inn informasjon som kan brukes som eksempel på hvordan det er mulig å organisere bruken av TCM innenfor et etablert vestlig helsevesen. Det er så vidt meg bekjent ikke skrevet noe om helsevesenet på Cuba med samme type vinkling som det jeg har valgt. Det jeg har funnet av norske og amerikanske studier har sett på utviklingen av medisinstudiet på Cuba (13), arbeidsmedisin (14), helse i lys av revolusjonen på Cuba (15) og cubanske helsearbeidere (16)

Ubesvarte spørsmål

For å undersøke dette tema videre ville det vært mulig å se på følgende problemstillinger:

1. Hvilke ringvirkninger har innføringen av TCM hatt for helsetilstanden på Cuba?
2. På hvilken måte har bruken av medikamenter endret seg etter innføringen av TCM på Cuba?
3. Hvilke sykdommer behandles hyppigst med TCM, og hva er resultatene av behandlingene?

Dette er tre av mange spennende og ubesvarte spørsmål vedrørende virkningen av innføringen av TCM på Cuba.

Kilder

1. David Stanley, "Lonely planet Cuba". Second edition- July 2000, first published January 1997.
2. "Lov om alternativ behandling av sykdom mv. Av 27.juni 2003 nr.64"
3. "Lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur. Av 19.juni 1936 nr.9"
4. Chrstian van der Heuvel, Georg Johnsen, Johan Lindal Marius Stensland, "Alternativ medisin på Cuba." 2002
5. Agnete Egilsdatter Kristoffersen, stipendiat ved NAFKAM. Muntlig overført informasjon.
6. Stephen Gascoigne, "Helse på kinesisk vis - en innføring i tradisjonell kinesisk medisin." 2000.
7. Kathrine Tønnesen. "Man må kjempe – handlekraft og håp hos en santero i Havanna" 2003
8. Jan Laigard. "Pyramide energi: en kritisk undersøkelse." ISBN 87-418-8024-2. 1999
9. Terje Risberg. Arne Kolstad. "Alternativmedisin- holdninger og bruk blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell i Nord-Norge" Tidsskrift for den Norske legeforening nr 5 2003;123:604-6
10. Laila Johansdatter Salomonsen. Sameline Grimstad. Vinjar Fønnebø. "Bruk av alternativ medisinsk behandling ved norske sykehus". Tidsskrift for den Norske legeforening nr 5 2003; 123:631-3

11. Terje Risberg. "Komplementære og alternative metoder ved kreft". Tidsskrift for den Norske legeforening nr.5 2003; 123:664-6
12. James P. Spradley & David W. McCurdy "The Cultural Experience- Ethnography in Complex Society" 1988 reissued by Waveland Press, Inc.
13. Gunnar Martin Jensen. "Utformingen av medisinstudiet på Cuba under ulike epoker". Hovedoppgave. 1998. Pubmed.
14. Bjørn Hilt. "Arbeidsmedisin på Cuba: rapport fra en studiereise". 1997. Pubmed.
15. Knut Midttun. "Alle er vi barn av sykdommene: helse og identitet i lys av den kubanske revolusjon". 1999. Pubmed.
16. Andrea Warmann. "Living the revolution: Cuban health workers." Journal of Clinical Nursing. Volume 10. Issue 3. Page 311. May 2001.

Appendiks:

(Alle definisjonene, bortsett fra bistikk, er hentet fra "Norges offentlige utredninger 1998-21. Alternativ medisin."Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykking, 1998.)

Akupressur er kroppsakupunktur ved hjelp av press på akupunkturpunkter.

Akupunktur er en gammel kinesisk behandlingsform hvor en bruker nåler som stikkes i bestemte akupunkturpunkter for å oppnå behandlingseffekt.

Aurikuloterapi er en form for øreakupunktur.

Bistikk, denne behandlingsformen går ut på at bistikkene i seg selv skal ha en helbredende virkning.

Bachs blomstermedisin består av inntak av blomsteressenser og blir brukt til behandling av emosjonelt sjokk eller ved andre sterkt ubehagelige situasjoner.

Elektroakupunktur er elektrostimulering av nåler i akupunkturpunkter.

Farmakopunktur, medikamenter injiseres i akupunkturpunktene.

Homøopati bruker homøopatiske medisiner som ordineres ut fra likhetsloven. Medisinene fremstilles ved potenseringer/fortynninger av mineraler/metaller, urter og organiske stoffer i vann, alkohol eller laktose.

Kopping er bruk av vakuumpopper på akupunkturmeridianer for i følge utøverne å påvirke kroppens flyt av livsenergi og blodsirkulasjon i hud og underliggende organer.

Kraneopunktur er akupunktur i punkter i kraniet.

Moksaterapi er brenning av moksa-ull festet på nål, eller holdt mot eller over akupunkturpunkter.

Ozonterapi bruker ozon intravenøst, intrarektalt eller på huden. Skal i følge utøverne virke mot sirkulasjonsforstyrrelser, påvirke stoffskiftet og immunfunksjon.

Urtemedisin er medisinsk bruk av planter som brukes ubehandlet eller i konsentrater, avkok og essenser av røtter, stengler, blader og frø.