



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors attityder till och kunskap om komplementär och alternativ medicin

En litteraturstudie

Författare: Martin Iliste
John Svensson Renström
Johan Rosqvist

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskors attityder till och kunskap om komplementär och alternativ medicin

En litteraturstudie

Författare: Martin Ille
John Svensson Renström
Johan Rosqvist

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Fördelarna med komplementär och alternativ medicin (KAM) är många, och användandet ökar. Risker finns exempelvis då interaktioner mellan KAM och konventionell medicin kan skada. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården bygga på respekt för patientens självbestämmande och samtidigt ska legitimerad sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet vilka många KAM-terapi är. Mycket talar för att KAM borde vara väl integrerat i dagens sjukvård. Men kunskapen om icke-konventionella behandlingsmetoder är låg bland sjuksköterskor internationellt samtidigt som intresse för att få sådan kunskap finns.

Föreliggande litteraturstudie har analyserat 14 vetenskapliga artiklar i syfte att undersöka sjuksköterskors attityder till och kunskap om KAM, samt vilka källor till information om KAM sjuksköterskor använder sig av.

Resultatet visar att majoriteten av sjuksköterskor har positiv attityd till KAM och att den generella kunskapen är låg men även att det finns en mycket varierad kunskap om olika sorters KAM-terapi.

Nyckelord

Komplementär och alternativ medicin, KAM, sjuksköterskor, kunskap och attityder.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	4
Centrala begrepp	5
Konventionell medicin	5
Komplementär och alternativ medicin (KAM)	5
Attityd	7
Kunskap	7
Syfte	8
Specifika frågeställningar	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Data analys	10
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	10
Attityder till KAM	11
Synen på KAM	11
Konventionell medicin och KAM	12
Synen på effektiviteten av KAM	13
Säkerhet vid användning av KAM	13
Kunskap om KAM	13
Källor till kunskap om KAM	15
Diskussion	16
Diskussion av vald metod	16
Diskussion av framtaget resultat	17
Slutsats och kliniska implikationer	21
Författarnas arbetsfördelning	21
Referenser	22
Bilaga 1 (1)	28

Introduktion

Problemområde

Användningen av komplementär och alternativ medicin (KAM) har ökat mycket de senaste 20 åren. 20% av Europas befolkning har någon gång använt KAM och ytterligare 20% använder sig av KAM regelbundet enligt European Information Center for Complementary & Alternative Medicine (2013). Studier har visat att KAM används flitigt i bland annat Danmark, Norge, Stockholm (Hanssen, Grimsgaard, Launsö, Fönnebö, Falkenberg, & Rasmussen, 2005), Tyskland (Frass, Strassl, Friehs, Müller, Kundi, & Kaye, 2012), Schweiz (Wolf, Wolf, Maxin-Bergmann, Bronhöft, & Matthiessen, 2006), men även utanför Europa så som Australien (Australian Bureau of Statistics, 2009) och USA (Eisenberg, et al., 1998; Kessler, et al., 2001).

Besluten om användning av KAM grundar sig ofta i tanken att naturliga produkter är säkra, vilket inte alltid är fallet (World Health Organization, 2004). Interaktioner mellan KAM och konventionell medicin kan orsaka skada, vilket gör det viktigt för sjukvårdspersonal att vara väl informerade om KAM (Eschiti, 2007).

Det finns även många studier som visar på att olika KAM-terapierna är effektiva i olika syften och situationer. Exempel på detta är att bland annat akupunktur, Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS), Perkutan elektrisk nervstimulering (PENS), elektroakupunktur och så kallade sinne-kroppsterapi som har visat sig vara effektiva mot olika sorters smärta (Bonakdar & Bresler, 2004). Ett annat exempel är användandet av KAM bland cancerpatienter, som gjorde att ängsligheten och känslan av hjälplöshet minskade, och kämparglöden ökade (Davidson, Geoghegan, McLaughlin, & Woodward, 2005). En studie har visat att dödligheten bland patienter minskade om de vårdades av en allmänläkare med extra KAM-träning, och att sjukvårdskostnaderna minskade med 0-30% beroende av åldersgrupp och vilken typ av KAM som användes (Baars & Kooreman, 2012). Detta talar för att KAM borde vara väl integrerat i dagens sjukvård.

Enligt bland annat hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) ska hälso- och sjukvården bygga på respekt för patientens självbestämmande och samtidigt ska legitimerad sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS, 2010:659; SFS, 1992:859) vilket många KAM-terapierna gör. Enligt Brown et

al. (2007) och Chang et al. (2011) så är kunskapen om icke-konventionella behandlingsmetoder låg bland sjukvårdspersonal internationellt (ibid.), men intresse för att få sådan kunskap finns (Zanini, et al., 2008; Sawni & Thomas, 2007; Bocock, Reeder, Perez, & Trevana, 2011).

Föreliggande studie förutsätter att sjuksköterskor kommer möta patienter som använder, vill rådfråga och/eller föra en dialog om KAM. Det finns metoder inom KAM som patienter hade gynnats av att använda, med som av någon anledning inte används. Det är därför viktigt att undersöka sjuksköterskors attityder till och kunskap om KAM då det är en av de yrkeskategorier inom sjukvården som arbetar närmst patienter.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Studien utgår ifrån att sjuksköterskan ses som ett unikt subjekt som själv kan reflektera över sin situation och livsvärld utifrån sina tankar och känslor. Utgångspunkten i omvårdnaden är ett humanvetenskapligt perspektiv där människan och hens erfarenheter skapar uppfattning och förståelse. Synen på patienten är hämtad ur den humanistiska grundsynen där det även finns ett existentiellt filosofiskt synsätt som handlar om människans frihet, ansvar, upplevelser och idén om att skapa sitt eget liv och livsmening (Svensk Sjuksköterskeförening, 2013). Omvårdnaden anses ske på personnivå och därför är förståelsen för vad människan är viktig för frågan om vad hälsa och omvårdnad är eftersom den ligger till grund för våra värderingar (ibid.). Hälsa är ett centralt mål inom omvårdnaden och för att uppnå detta bör sjukvårdspersonal arbeta för att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa, lindra lidande och verka för ett fridfullt och värdigt avslut i livet (ibid.).

Goldbas (2012) menar att med KAM kan man öka delaktighet, självkontroll och välbefinnande i överrensstämmande med den egna livsfilosofin (ibid.). Detta står i likhet med Katie Erikssons omvårdnadsteori där några av de tio utgångspunkter som identifierar vårdandet är ”vårdandet inbegriper ursprungligen hela människan med kropp, själ och ande”, ”vårdandet har ett hälsofrämjande syfte”, ”att vårda är att hela”, ”vårdandet kan anta olika former, men dess grundsubstans är alltid densamma” (Kirkevold, 2000, s. 216).

Uppsatsen utgår ifrån ett helhetsperspektiv i arbetet, där människan betraktas som en autonom individ vilken har förmåga att ta ansvar och göra egna val med sjuksköterskan i fokus.

Centrala begrepp

Konventionell medicin

Ordet "konventionell" betyder vedertagen, hävdvunnen, traditionsenlig, stel eller formell, och ordet medicin betyder läkekonst eller läkemedel (Konventionell, 1998; Medicin, 1998).

Enligt Goldbas (2012) är konventionell medicin behandling som är reglerad av det nuvarande statliga, politiska hälsovårdssystemet och given av registrerad hälsovårdspersonal i offentliga sjukhus, distriktshälsovårdscenter, hemsjukvård och sjukhem.

Komplementär och alternativ medicin (KAM)

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) är USAs regerings huvudbyrå för vetenskaplig forskning om medicin- och sjukvårdssystem, metoder och produkter som generellt inte anses vara en del av den konventionella medicinen.

NCCAM delar upp KAM i två undergrupper, nämligen komplementär och alternativ medicin. Med komplementär medicin avses en grupp av olika medicin- och sjukvårdssystem, metoder och produkter som inte anses vara en del av den konventionella medicinen (NCCAM, 2013). Generellt används den komplementära medicinen tillsammans med den konventionella medicinen (NCCAM, 2014).

Alternativ medicin avser tillvägagångssätt som inte är ett komplement till den konventionella medicinen, utan snarare byter ut den till den alternativa medicinen (NCCAM, 2013).

NCCAM har valt att använda sig av termen "complementary health approaches" när de pratar om KAM. De delar in de olika metoderna i två undergrupper, nämligen naturliga produkter och sinne-kroppsinterventioner.

De naturliga produkterna innefattar exempelvis örter, vitaminer, mineraler och probiotika. Sinne-kroppsinterventionerna innefattar en stor grupp av olika procedurer eller tekniker som en tränad lärare lär ut. Exempel på detta kan vara akupunktur, massage, olika meditationstekniker, olika avslappningstekniker, olika spinala manipulationer så som kiropraktik, delar av den traditionella kinesiska medicinen så som tai chi och qi gong, olika yoga-stilar, hypnoterapi och helande beröring (NCCAM, 2014).

Andra "complementary health approaches" som inte faller inom ramarna för ovanstående undergrupper kan exempelvis vara traditionella helare, ayurvedisk medicin, traditionell kinesisk medicin, homeopati och naturopati (NCCAM, 2014).

I en systematisk litteraturoversikt av Berman, Manheimer och Wieland (2011) för att kategorisera de artiklar som relaterar till KAM i databasen Cochrane, görs en lista över de terapier och metoder som bör inkluderas i KAM. Listan är enligt författarna ofullständig eftersom att antalet specifika KAM-terapierna inom vissa kategorier är så många att det är omöjligt att fånga alla i en ensam tabell, och att den bör ses som ett föremål för expanderingsstudier över tid. Föreliggande litteraturstudie utgår från Berman, Manheimer och Wielands (2011) definition av KAM, som inkluderar de metoder som nämns i bilaga 1.

Enligt Svenska Akademiens ordlista över svenska språket (1998) betyder traditionell ”nedärvt, hävdvunnen, sedvanlig eller gammaldags”. World Health Organization (World Health Organization, 2014) beskriver traditionell medicin som summan av den kunskap, färdigheter och metoder baserade på teorier, tro och erfarenheter som är inhemska i olika kulturer, vare sig uteslutande eller ej, använda för att bibehålla hälsa såväl som i förebyggande, diagnostiserande, förbättrande eller behandlande av kroppslig och psykisk hälsa (Författarnas översättning).

I Sverige definierar patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) vilken personal som tillhör den officiella sjukvårdspersonalen i Sverige, där innefattas bland annat sjuksköterskor, läkare, kiropraktorer och naprapat. Enligt denna lag så är vissa utövare av KAM inte inkluderade i definitionen av sjukvårdspersonal, och den exkluderar även användandet av vissa KAM-terapierna då de enligt socialstyrelsen inte överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Legitimerad sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor, måste hela tiden leva upp till det ansvar som legitimationen kräver, detta betyder att en sjuksköterska aldrig får använda sig av metoder som enligt socialstyrelsen inte överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS, 2010:659). Ett undantag finns dock, och det är när patienten begär terapin, och inga andra konventionella metoder finns tillgängliga (Falkenberg et al., 2009).

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) så får utövare av KAM inte hjälpa personer med diabetes, epilepsi, cancer eller annan malignitet, sjukdomar som är förknippade med graviditet eller förlossning eller specifika smittsamma sjukdomar. De får inte använda radiologi eller behandla patienter under anestesi, och de får inte behandla barn under åtta år. Enligt lagen får KAM-utövare inte heller behandla någon under allmän bedövning, lokalbedövning eller under

hypnos (ibid.). Annars finns enligt Falkenberg et al. (2009) ingen lagstiftning gällande KAM-utövare som inte är sjukvårdspersonal, de är självreglerande.

Sveriges kommuner och landsting gjorde 2001 en undersökning om användningen av KAM inom hälso- och sjukvården. Denna visade att 19 olika KAM-metoder användes, varav sex var evidensbaserade (Falkenberg et al., 2009). Detta visar på att sjukvårdspersonal använder sig av icke-vetenskapliga metoder, och metoder som inte är bevisade enligt beprövad erfarenhet (ibid.).

Sverige har till skillnad från många andra länder ingen nationell policy gällande traditionell, komplementär och alternativ medicin, detta trots att WHO har rekommenderat det sedan 2002 (Bjerså, 2012) och fortsätter att göra det i sin förnyade version av WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023 (2013).

Attityd

Inom socialpsykologin och andra vetenskaper används termen attityd vanligen för en varaktig inställning som har byggts upp genom erfarenheter och kommer till uttryck i att man är för eller emot något (Nationalencyklopedin, 2014). De menar att en attityd består av kognitiva, affektiva och intentionella komponenter där den kognitiva delen innehåller vad en person tror eller vet om något, den affektiva hur starkt man tar ställning för eller emot attitydobjektets olika egenskaper och den intentionella komponenten är beredskapen till handling när det gäller attitydobjektet. En attityd som någon uttrycker i ord eller handling kan bidra till att skapa och vidmakthålla den bild av hen som är förenlig med självuppfattningen. Attityder kan även användas som en slags mall för att förstå likartade situationer i vardagen. Övergripande attityder är ofta mycket stabila och svåra att påverka, vid försök att förändra dessa kan man mötas av psykologiskt motstånd hos individen. Attityder varierar i betydelse hos individen, och i styrka: från starkt positiva till starkt negativa. En undergrupp till negativa attityder är fördomar, som kan leda till diskriminering av attitydobjektet mot vilken den är riktad (ibid.).

Kunskap

Nationalencyklopedin (2014) definierar kunskap som ”välbestämd föreställning om (visst) förhållande eller sakläge som någon har lagrad i minnet” och ”fakta, förståelse och färdigheter, tillägnade genom studier eller erfarenhet” (Nationalencyklopedin, 2014, 2).

Kunskapsbegreppet har analyserats av bland annat Platon. Frågor som då uppkom var vad skillnaden var mellan att ha en sann uppfattning eller åsikt om något och att ha kunskap, det

vill säga att verkligen veta något. Det Platon kom fram till var att man utöver sin sanna uppfattning eller åsikt hade goda grunder för dessa. Vad "sann" och "goda grunder" innebär har dock gått starkt isär av olika filosofer ("Kunskapsteori", 1993).

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) omfattas yrkeskunnande av tre typer av kunskaper, dessa är: kunskaper i den direkta yrkesutövningen, kunskaper om de tekniska, ekonomiska, organisatoriska och sociala principer, traditioner och konventioner som arbetet är baserat på, och slutligen kunskaper omkring, som innefattar kunskap "som gör det möjligt att tolka och förstå de sammanhang i vilket arbetet ingår samt kunskaper av kommunikativ art ". I samma dokument definieras kompetens som "förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter". I detta sammanhang definieras kunskap som "fakta och metoder - att veta" (ibid.).

Då föreliggande studie utgår ifrån att sjuksköterskan ses som ett unikt subjekt kan synen på kunskap variera mellan individer. Kunskapen i granskade studier är emellertid självvärderad av deltagarna eller så har ett kunskapsprov utförts där författarna till studierna presenterar resultaten.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors kunskap om och attityder till komplementär och alternativ medicin.

Specifika frågeställningar

Vilka attityder har sjuksköterskor till KAM?

Vilken kunskap besitter sjuksköterskor om KAM?

Var får sjuksköterskor sin kunskap om KAM från?

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie för att skapa en översikt om rådande utveckling inom området (Friberg, 2012). Översikten är baserad på ett systematiskt val av vetenskapliga artiklar som belyser det valda området. Arbetsgången i en litteraturstudie genomgår olika faser. Först väljs ett område att belysa, sedan görs en litteratursökning i valda databaser med relevanta sökord för att hitta vetenskapliga artiklar. Efter litteratursökningen anläggs ett helikopterperspektiv genom att kritiskt läsa artiklarnas abstrakt för att få en uppfattning om

studiernas karaktär. Vidare avgränsas valet av artiklar vilket bör motiveras tydligt. De valda artiklarna kvalitetsgranskas för att eventuellt utesluta studier på grund av dålig kvalitet. Efter kvalitetsgranskningen analyseras artiklarna för att identifiera likheter och skillnader.

Övergripande områden och teman formuleras och ett resultat presenteras (ibid.). Genom en analys av det framtagna materialet kan kunskap som ännu inte används inom sjukvården belysas, likaså även områden där mer forskning skulle vara till gagn för KAM.

Litteratursökningarna skedde i PubMed och Cinahl. Då detta gav en god mängd artiklar utfördes inga ytterligare sökningar i Amed.

Urval

Inklusionskriterier: Artiklar som rör legitimerade sjuksköterskors attityder till och/eller kunskap om KAM. Forskning utförd efter år 2000. Artiklar på skandinaviska språk och engelska. Tillgång till fulltext. Skall vara peer-reviewed.

Litteraturgranskningen skulle ursprungligen inkludera såväl kvantitativa som kvalitativa studier men då informationen som presenterades i de granskade kvalitativa artiklarna inte tillförde studien något kom de att exkluderas.

Datainsamling

Efter sökning i PubMed och Cinahl gjorde författarna ett första urval efter hur pass relevant rubrikerna i de funna artiklarna var i förhållande till litteraturstudiens syfte. Därefter granskades de återstående artiklarnas abstrakt för att säkerställa artikelns relevans till syfte. För att fastställa artiklarnas vetenskapliga kvalitet användes granskningsmallarna G och H från boken Evidensbaserad omvårdnad (Willman, Bahtsevani, & Stoltz, 2011). Genom att poängsätta de olika frågeställningarna med ett poäng för "ja" eller liknande svar och noll poäng för "nej", "vet ej" eller liknande svar, och sedan sammanställa hur många poäng en artikel fick av alla möjliga har ett procenttal kunnat tas fram. Översteg artikeln 80% ansågs den vara av hög kvalitet, över 60% ansågs den vara medel. Sökord redovisas i tabell 1.

Sökning i Pubmed

#	Sökord	Träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2
1	CAM	32883			
2	#1 AND nurse	298			
	#1 AND #2 AND attitude	80	18	13	8

Sökning i Cinahl

#	Sökord	Träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2
1	alternative therapies	31169			
2	#1 AND nurse attitudes	130	24	10	6

Tabell 1.

Data analys

Artiklar som granskats vetenskapligt samlades och deras resultat examinerades för att kunna hitta likheter och skillnader i en beskrivande sammanställning enligt Friberg (2012). Det som stämde överrens med syftet i varje artikel sammanställdes i en tabell för att kunna skapa en översikt av den data som identifierats. Därefter jämfördes den data som kunnat urskiljas för att skapa en bild av de återkommande områdena som påträffades vilka samlades i grupper. Dessa blev i sin tur samlade under mer övergripliga huvudgrupper grundade i syftet (ibid.) och är markerade med * i referenslistan.

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Forsman (1997) kräver litteraturstudie inget godkännande av en etisk kommité. För att inkluderas i litteraturstudien krävdes att studierna skulle ha genomgått en etisk prövning.

Northern Nurses´ Federation har utarbetat riktlinjer för omvårdnadsforskning i nordn och bygger på de etiska principer som kommer till uttryck i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna och i Helsingforsdeklarationen (Northern Nurses´ Federation, 2003).

Omvårdnadsforskning vägleds av principerna om autonomi, om att göra gott, att inte skada och om rättvisa (ibid.).

Resultat

Samtliga 14 artiklar som granskats och använts i denna litteraturstudie har utgått från att skapa kvantitativ data med hjälp av enkätstudier och frågeformulär där deltagarna själva fått uppskatta sitt förhållningssätt gentemot KAM. Studierna har genomförts i USA, Canada, Storbritannien, Australien, Norge, Tyskland, Israel, Taiwan och Kina.

De huvudgrupper som identifierats genom den allmänna översikten (Friberg, 2012) till metod är *Attityder till KAM* och *Kunskap om KAM*. Det påträffades flera undergrupper till *Attityder*

till KAM som är Synen på KAM, Konventionell medicin och KAM, Synen på effektiviteten av KAM och Säkerheten vid användning av KAM.

Föreliggande litteraturöversikt visar att en majoritet av sjuksköterskor har en positiv attityd till KAM (Risberg et al., 2004; Rojas-Cooley & Grant, 2006; Rojas-Cooley & Grant, 2009; Buchan et al., 2012; Tracy et al., 2003), att en minoritet av deltagande sjuksköterskor i studierna uttryckte en negativ inställning till KAM (DeKeyser et al., 2001; Trimborn et al., 2013; Tracy et al., 2003) och att det finns en önskan att öka tillgängligheten till KAM som behandlingsalternativ till konventionell medicin (Holroyd et al., 2008; Tracy et al., 2003). Den visade även att ett flertal terapier som anses som komplementära eller alternativa anses effektiva av sjuksköterskor (Brolinson et al., 2001; Buchan et al., 2012; Samuels et al., 2010) och att ett flertal terapier anses säkra av en majoritet av sjuksköterskor samt att endast ett fåtal terapier anses osäkra av en majoritet av deltagande sjuksköterskor (Brolinson et al., 2001; Buchan et al., 2012). Utöver detta visade studien att kunskapsnivån överlag ofta ses som låg (Afshin Shorofi & Arbon, 2010; Rojas-Cooley & Grant, 2009; Sohn & Loveland Cook, 2002; Trail Mahan et al., 2013) och skattas även generellt låg av deltagarna själva (Afshin Shorofi & Arbon, 2010; DeKeyser et al., 2001; Sohn & Loveland Cook, 2002). Slutligen fann studien att ett flertal olika källor användes för att få kunskap om KAM och att formell utbildning var underrepresenterad (Brolinson et al., 2001; Sohn & Loveland Cook, 2002; Rojas-Cooley & Grant, 2006; Holroyd et al., 2008).

Attityder till KAM

Synen på KAM

Studier visar att majoriteten av sjuksköterskor har en positiv attityd till KAM (Risberg, et al., 2004; Rojas-Cooley & Grant, 2009; Tracy, Sendelbach, Kreitzer, Berman, & Savik, 2003; Buchan, Shakeel, Trinidad, Buchan, & Ah-See, 2012; Rojas-Cooley & Grant, 2006). I två av artiklarna visar det sig även att sjuksköterskor har en mer positiv attityd gentemot komplementära och speciellt alternativa metoder än läkare (Risberg, et al., 2004; Trimborn, et al., 2013). En norsk enkätstudie där mer än hälften av landets vårdpersonal inom onkologi deltog visade att ungefär 33% av de 237 deltagande sjuksköterskorna var positiva till alternativa terapier, och 87% var positiva till komplementära metoder (Risberg, et al., 2004). Andra studier inom onkologiska verksamheter visar att de deltagare som arbetar inom området var intresserade av KAM. Trimborn et al. (2013) lyfter i sin studie med 180

deltagande sjuksköterskor att 72% av dessa är intresserade av KAM och att denna positiva attityd ej påverkats av någon relation till närstående som undergår cancervård. I en studie av Rojas-Cooley och Grant (2009) var medelvärdet av poängsättningen på frågan om hur viktig KAM är för onkologisjuksköterskor nästan åtta av tio på en skala mellan noll och tio. I samma studie var det lägsta medelvärdet på strax över fem och det rörde frågeställningen om hur stor roll KAM-terapi har för deltagarens yrkesutövande.

I litteraturgranskningen visade det sig att en minoritet av deltagare i undersökningarna hade en negativ inställning till KAM (DeKeyser, Bar Cohen, & Wagner, 2001; Trimborn, et al., 2013; Tracy, Sendelbach, Kreitzer, Berman, & Savik, 2003). Av sjuksköterskorna i studien av Trimborn et al. (2013) ansåg 12% att KAM kan ha allvarliga negativa effekter. I undersökningen av DeKeyser et al. (2001) ansåg 60% av de 279 deltagarna att KAM inte kunde skada ens hälsa medan 48% ansåg att konventionell medicin kunde vara skadligt för hälsan. I studien av Samuels et al. (2010) skattade de 279 deltagande barnmorskorna i genomsnitt 1,68 på frågan om komplementära terapier är ett hot mot den allmänna hälsan, där ett var lägst och sju var högst på skalan som användes. I studien av Afshin Shorofi och Arbon (2010) med 322 deltagare var ungefär 22% väldigt positiva, 37% svagt positiva till KAM och cirka 33% var neutrala. Endast knappa 5% var negativt inställda till KAM och 3% var mycket negativt inställda till KAM.

Konventionell medicin och KAM

En önskan om att kunna öka tillgängligheten till KAM som behandlingsalternativ till konventionell medicin återkommer i två undersökningar (Tracy, Sendelbach, Kreitzer, Berman, & Savik, 2003; Holroyd, Zhang, Suen, & Xue, 2008). Även en önskan om integration av KAM i den konventionella medicinen framkom (Holroyd, Zhang, Suen, & Xue, 2008).

Holroyd et al. (2008) visade i sin studie att nästan 58% av de 187 deltagande ansåg KAM ha mindre biverkningar än västerländsk medicin och strax över 95% ansåg att KAM kunde lindra sjukdomssymtom. Samuels et al. (2010) lyfter även att de 173 deltagarna i studien tycker att behandling av konventionell medicin ej behöver utesluta att behandling grundad i KAM också används. 9% av deltagarna i studien utförd av Trimborn et al. (2013) ansåg att KAM är lika effektiv som konventionell vård.

Synen på effektiviteten av KAM

Brolinson, Price, Ditmyer och Reis (2001) visade i sin studie att runt hälften av de 515 deltagande sjuksköterskor ansåg att bioåterkoppling, kiropraktik, meditation och avslappning, multivitaminer och massage-terapi var effektiva. Studien undersökte också skillnader mellan individer med varierande lång erfarenhet av sitt yrke där de identifierade att det råder viss skillnad på vad som anses vara effektiva KAM-terapi beroende på hur länge individen varit yrkesaktiv. I en enkätstudie av Samuels et al. (2010) ansåg sjuksköterskorna att den goda effekten av KAM inte var ett resultat av placebo-effekt. Deltagare som inte ansåg att KAM innebar en kraftfull placebo-effekt upplevde terapierna antioxidanter, konstterapi, kroppsrening, kiropraktik, vitlök, ginseng och humorterapi vara mer effektiva medan de som ansåg att KAM innebar kraftfull placebo-effekt upplevde akupressur vara mer effektiv. Studien av Buchan et al. (2012) visade att nästintill 50% av de 531 sjuksköterskorna som deltog i undersökningen ansåg att KAM var mycket effektivt och 21% av deltagarna ansåg att KAM var extremt effektivt. Runt 26% av deltagarna var inte säkra på vad de tyckte om effektiviteten medan endast fem deltagare av de totalt 531 deltagande inte ansåg KAM vara effektivt.

Säkerhet vid användning av KAM

I studien av Brolinson et al. (2001) ansåg 49-54% av deltagarna att hypnoterapi, kiropraktik, akupressur, akupunktur och helande beröring kunde ses som säkra. Endast två terapi av de totalt 22 terapi som räknades in i studien ansågs ej vara säkra av cirka hälften av deltagarna. De som upplevde sin professionella förberedelse vara utmärkt eller bra ansåg ergogena hjälpmedel säkrare och de som betraktade sig vara sämre förberedda ansåg bioåterkoppling vara säkrare än andra terapi. De individer som inte ansåg att KAM innebar kraftfull placebo-effekt utnämnde bioåterkoppling och kroppsrening som säkrare terapi. 50% av deltagarna i studien utförd av Buchan et al. (2012) ansåg att KAM var ganska säkert, 21% ansåg att det var mycket säkert och 27% av deltagarna uppgav att de var ovissa om säkerheten av KAM.

Kunskap om KAM

I granskningen av artiklarna kunde två tillvägagångssätt urskiljas för att få fram vilken kunskap sjuksköterskor har om KAM. En metod som användes var att låta deltagarna i

studierna själva uppskatta sin kunskap om KAM medan den andra var att låta deltagarna besvara frågor om KAM och genom analys av svaren uppskatta sjuksköterskornas kunskap. I många av de studier som granskats uppskattar sjuksköterskorna sin kunskap som låg (Afshin Shorofi & Arbon, 2010; Sohn & Loveland Cook, 2002; Trail Mahan et al., 2013). I en studie gjord med 322 deltagande sjuksköterskor ansåg nästan 8% sig inte ha någon kunskap om KAM, drygt 52% ansåg sig ha väldigt lite kunskap om KAM, endast 3% ansåg sig veta mycket om KAM och nästan 35% uppskattade sin kunskap som liten/låg (Afshin Shorofi & Arbon, 2010). I en studie gjord av Trimborn et al.(2013) där 180 sjuksköterskor deltog, upplevde 85% sig inte adekvat informerade om KAM eller svarade inte på frågan. De resterande 15% ansåg sig adekvat informerade. Även i studien gjord av DeKeyser et al. (2001) där totalt 279 sjuksköterskor deltog, ansåg sig sjuksköterskorna ha generellt lite kunskap om KAM. Där låg medianpoängen av deltagarnas uppskattning av sin egen kunskap om KAM på sex av 21. 15% av deltagarna i denna studie ansåg sig inte ha någon kunskap om KAM alls.

Trail-Mahan et al. (2013) utförde en studie på sjuksköterskors kunskap om KAM där frågor om KAM-terminologi, specifika alternativa medicinska metoder, NCCAM-domäner och specifika KAM-terapier ställdes. Medelvärdet av kunskapen utifrån svar på alla frågor var 51%, 47% av deltagarna kunde korrekt definiera komplementär medicin medan endast 33% kunde definiera KAM. 47% kunde korrekt identifiera NCCAM-domäner och 26% valde alternativet ”vet ej”.

Rojas-Cooley och Grant (2009) gjorde i sin studie med 850 deltagande sjuksköterskor, en enkätundersökning med syftet att beskriva sjuksköterskors kunskap och attityder till KAM. Medelvärdet av deltagarnas samlade rätta svar på frågor om kunskap om KAM var 70% där de individuella poängen varierade mellan 0 som ansågs lågt och 100 som ansågs högt. I delen som rörde KAM-terminologi kunde 69% av deltagarna definiera komplementär medicin och 52% komplementär och alternativ medicin. Kunskap om NCCAM-domänerna hade ett medelvärde på drygt 85%.

I en studie gjord av Tracy et al. (2003) med 138 deltagande intensivvårdssjuksköterskor, ansåg sig flest deltagare ha ”en del” eller ”mycket” kunskap om KAM-terapierna massage, avslappningstekniker och bön. De terapierna som flest deltagare ansåg sig inte ha någon kunskap om eller träning i var qi gong, traditionell kinesisk medicin, tai chi och hypnoterapi.

Denna studie visar på att antal deltagare med hög självuppskattad kunskapsnivå varierar mycket mellan de olika KAM-terapierna.

I en studie gjord av Sohn och Loveland Cook (2002) skattade 151 sjuksköterskor sin kunskap om en rad specifika KAM-terapierna på en skala från ett som innebar ingen kunskap, till fem, omfattande kunskap. Deltagarna skattade sin kunskap om massageterapi högst med ett medelvärde på tre poäng, och de skattade sin kunskap om aromaterapi lägst med ett medelvärde på knappt två poäng. De högst självskattade poängen var här endast medelmåttiga. I studien gjord av Afshin Shorofi och Arbon (2010) presenterades även statistik på självuppskattad kunskap om specifika KAM-terapierna. De KAM-terapierna som flest deltagare ansåg sig ha mycket eller rätt mycket kunskap om var massage (knappt 69%), avslappningstekniker (nästan 62%), aromaterapi (knappa 55%) och kiropraktik (drygt 49%). De KAM-terapierna som flest deltagare ansåg sig inte ha någon kunskap om var bioåterkoppling (dryga 71%), konstterapi (nästan 58%), osteopati (59%) och dansterapi (knappt 46%) (ibid.).

Källor till kunskap om KAM

I fyra av de granskade artiklarna hade författarna även undersökt vilka källor till kunskap om KAM som förekommer och i vilken utsträckning de används. I en studie av Brolinson et al. (2001) var det vanligast att få information om KAM från vänner (64%), massmedia (52%) och facktidsskrifter (44%). Kunskapskällor som användes i mindre utsträckning än dessa var professionella konferenser (38%), kurser (26%), utbildningsprogram (25%) och internet (19%) (ibid.).

Över två tredjedelar av deltagarna i en studie gjord av Sohn och Loveland Cook (2002) uppgav att deras personliga erfarenheter av KAM var den primära källan till deras kunskap. Andra vanliga källor som uppgavs av deltagarna var tidsskrifter, facktidsskrifter, workshops, seminarier och vidareutbildning. Ungefär en tredjedel uppgav professionellt mentorskap som källa till kunskap om KAM och ungefär en fjärdedel uppgav den formella sjuksköterskeutbildningen som källa. Över hälften av deltagarna i studien uppgav att de har fått någon form av utbildning i KAM utanför den formella sjuksköterskeutbildningen. Rojas-Cooley och Grant (2006) visade i sin studie att 13% av deltagarna uppgav böcker som informationskälla, 12% uppgav facktidsskrifter och 11% uppgav patienter. De källor som uppgavs i minst utsträckning var formell utbildning (2%), annonseringar (2%) och psykologer (1%). I studien av Holroyd et al. (2008) var de vanligaste kunskapskällorna till KAM

tidningar (64.2%), bekanta (57.2%) och böcker (43.9%). Andra källor som uppgavs i mindre utsträckning var internet, familjemedlemmar och andra intressegrupper. Studien visade även att det var vanligare att deltagare som fått träning i KAM även sökte information i hälsodatabaser, intressegrupper eller kurser i KAM (ibid.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Då artiklar som behandlar samtliga typer av KAM ej gått att finna har sökningen begränsats till övergripande studier om KAM och ej studier om specifika terapier. Inte heller har artiklar behövt inkludera samtliga terapier i den valda definitionen av KAM för att väljas ut till litteraturstudien eftersom antalet KAM-terapierna är så omfattande och ökar.

Denna litteraturstudie ämnade ursprungligen undersöka såväl kvalitativa som kvantitativa studier. De kvalitativa studier på området som ansågs vara av tillräckligt hög kvalitet kom sedan att exkluderas då de inte ansågs kunna svara på syftet. Den valda modellen för litteraturstudien upplevdes lämplig även om inklusionen av kvalitativa artiklar eventuellt hade kunnat ge en tydligare bild av personliga åsikter gentemot KAM. Förhoppningsvis har studien istället gett en mer korrekt bild av forskningsläget genom noggranna statistiska undersökningar. Enstaka fynd hade fått större stöd om fler artiklar inkluderats i arbetet. Eventuellt hade det varit värdefullt att inkludera svenska studier så att arbetet tydligare kunde knytas till den svenska sjukvården men styrkan i arbetet ligger istället i att genom att inkludera artiklar från olika delar av världen ha kommit närmre en internationell bild av sjuksköterskors kunskap och attityder.

Artiklarna analyserades genom att det undersöktes vilka fynd som relaterade till litteraturgranskningens syfte och inga förutbestämda värden eftersöktes eller hade förutbestämts. Detta i kombination med att olika artiklar granskades av olika författare gav sannolikt en något opartisk bild av vad författarna fann. Det förelåg inte svårigheter att urskilja genomgående teman som överensstämde mellan artiklarna. Enstaka underteman fick senare slås ihop när de visade sig ha liknande innebörd.

Enligt föreliggande litteraturstudiers forskningsetiska avvägningar så var det bestämt att studier som användes skulle vara godkända av en etisk kommitté. Vi fann dock två studier som vi ansåg vara till mycket stor användning för vårt resultat som inte hade något

godkännande av en etisk kommitté. Dessa två artiklarna var skrivna av författarna Rojas-Cooley och Grant med titlarna “Complementary and alternative medicine: Oncology nurses knowledge and attitudes”, samt “Complementary and alternative medicine: Oncology nurses experiences, educational interests, and resources”. Även om det inte framgick att studierna var godkända av etiska kommittéer var det underförstått i kontexten att etiskt resonemang för deltagande var utfört.

Eftersom deltagande i enkätundersökningar som utförts i samtliga artiklar varit frivilliga bör det noteras att en påverkan på resultatet kan föreligga. Det kan tyckas logiskt att anta att de som avstår från att delta i undersökningar om KAM sällan är individer som har ett uttalat intresse av området.

Artiklarna som har granskats inkluderar olika terapier vilket också lär ha påverkat resultatet. Det är högst osannolikt att mätningar av kunskapsnivån om skilda terapier ger samma resultat. Eftersom enkäterna som använts i undersökningar som utförts ofta inkluderat ett flertal svarsalternativ bör detta också begränsa vilka svar som genereras, enkäterna som användes i artiklarna var med andra ord inte likadana.

Beroende på vilken typ av sjuksköterskor som var med i i studierna så kan resultatet om kunskapen ha varierat. Skillnader i kunskapen kan till exempel ses i jämförelse av studierna där bara onkologisjuksköterskor har intervjuats och i studier där enbart akutsjuksköterskor intervjuats. Onkologisjuksköterskorna visar på mer kunskap om KAM än vad sjuksköterskor som jobbar inom akutsjukvården gör (Trail-Mahan et al., 2013; Rojas-Cooley & Grant, 2009).

Diskussion av framtaget resultat

I analyserade artiklar kan gemensamma mönster urskiljas angående kunskapen om KAM. Den generella kunskapsnivån ses ofta som låg (Afshin Shorofi & Arbon, 2010; Rojas-Cooley & Grant, 2009; Sohn & Loveland Cook, 2002; Trail Mahan et al., 2013), och den skattas även generellt lågt av deltagarna själva (Afshin Shorofi & Arbon, 2010; DeKeyser et al., 2001; Sohn & Loveland Cook, 2002). Variationer i resultaten kan dock ses mellan de olika studierna. Studien av Trail-Mahan et al. (2013) visade på lägre kunskapsnivå i samtliga kunskapsområden än vad som visades i studien gjord av Rojas-Cooley och Grant (2009), trots att liknande enkäter användes för att mäta kunskapsnivån. Författarna tror att det varierande resultatet kan bero på att i studien med högre kunskap intervjuas endast onkologisjuksköterskor, och i studien med lägre kunskap intervjuas enbart sjuksköterskor som

jobbar inom akutsjukvården. Att kunskapen är högre bland onkologisjuksköterskor kan bero på att det finns en ökad användning av KAM bland just cancerpatienter (Davidson, Geoghegan, McLaughlin, & Woodward, 2005). En annan faktor som kan ha gjort att resultatet varierat så mycket är att i enkäten som används i studien gjord av Trail-Mahan et al. (2013) så finns alternativet ”vet ej” med i samtliga frågor, vilket inte är fallet med studien gjord av Rojas-Cooley & Grant (2009).

Till skillnad från den generellt låga kunskapsnivån som kan ses angående KAM (Sohn & Loveland Cook, 2002; Trail-Mahan, Mao, & Bravel-Brinkley, 2013; Afshin Shorofi & Arbon, 2010) varierar kunskapen mycket gällande specifika KAM-terapierna. Detta bekräftas i studien gjord av Tracy et al. (2003) där deltagarna uppskattade sin egen kunskap om KAM. I likhet med studierna av Trail-Mahan et al. (2013) och Rojas-Cooley och Grant (2009) som genom kunskapstest visade en varierad kunskapsnivå mellan olika KAM-terapierna som ett genomgående mönster. Detta mönster stämmer delvis även in på en studie gjord i USA av Sohn och Loveland Cook (2002). Dock så skiljer denna studie sig lite från de andra, då deltagarna skattade sin kunskap om alla specifika terapierna generellt lågt. I studien av Afshin Shorofi och Arbon (2010) presenterades statistik på självuppskattad kunskap om specifika KAM-terapierna, som bekräftar mönstret med den stora spridningen. Författarna tror att spridningen på kunskapsnivån gällande olika KAM-terapierna kan bero på att vissa anses som mer legitima än andra, och är mer integrerade i den konventionella vården.

Trots sjuksköterskors övervägande syn på KAM som säkert, effektivt och legitimt i de undersökta artiklarna så är utbildning om KAM ovanligt, vilket kan vara en av anledningarna till att kunskapen är låg. Då det även finns forskning som visar att olika KAM-terapierna är effektiva vid olika tillfällen (Bonakdar & Bresler, 2004; Davidson, Geoghegan, McLaughlin, & Woodward, 2005) anser vi att KAM borde vara en del av vården och sjuksköterskeutbildningen. Deltagare i studien av Tracy et al. (2003) ansåg att de främsta barriärerna mot att använda KAM i sitt arbete var brist på kunskap, träning, tid och läkarens ovilja att använda sådana metoder vilket bekräftas även av Smith och Wu (2012). Det finns studier som belyser varifrån sjuksköterskor får sin kunskap om KAM. I studien av Sohn och Loveland Cook (2002) uppgav endast 24% av deltagarna formell sjuksköterskeutbildning som kunskapskälla till KAM. I många studier nämns inte den formella sjuksköterskeutbildningen alls som källa. Det var vanligare att deltagare uppgav andra informationskällor så som bland annat bekanta eller kollegor, massmedia, tidsskrifter, böcker, internet och konferenser

(Brolinson, Price, Ditmyer, & Reis, 2001; Sohn & Loveland Cook, 2002; Rojas-Cooley & Grant, 2006).

Om ingen utbildning av KAM sker i grundutbildningen så ligger ansvaret på sjuksköterskan och/eller organisationen att skaffa denna information. Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att kunskapen om KAM är låg. I Sverige ska sjuksköterskan aktivt utveckla en kärna av forskningsbaserad professionell kunskap som stöd för en evidensbaserad verksamhet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014) och sjukvårdspersonal ska enligt lag utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS, 1992:859; SFS, 2010:659). Högskoleförordningen i Sverige (SFS, 1993:100) belyser bland annat att studenten ska visa på kunskap om områdets vetenskapliga grund och kännedom om aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete, kunna hantera läkemedel och informera patienten om effekter och biverkningar, jobba hälsofrämjande och förebyggande, kunna informera och undervisa olika grupper (ibid). Då KAM-användning är vanligt och blir allt vanligare samt med ovanstående lagar och förordningar i ryggen anser författarna att sjuksköterskeutbildningen bör vara en god utgångspunkt att introducera och informera om KAM. Ett annat alternativ kan vara att införa utbildning i KAM för sjuksköterskor ute på avdelningar. En sammanlagt åtta timmars utbildningsintervention har visat sig kunna öka kunskap och till viss del tillämpandet av vissa KAM-terapi (Hessig, Arcand, & Frost, 2004). Vi anser att en kombination av att införa ämnet KAM i grundutbildningen och att vidareutbilda legitimerade sjuksköterskor hade varit det mest effektiva sättet att kunna möta patienters behov och efterfrågan av KAM. Detta är viktigt då KAM-användning både kan hjälpa patienter, öka självbestämmandet och erbjuda en mer holistisk vård, men även då det kan utsätta patienterna för risker så som läkemedelsinteraktioner.

Sjuksköterskors intresse för KAM återkommer i flera studier (Risberg, et al., 2004; Rojas-Cooley & Grant, 2009; Tracy, Sendelbach, Kreitzer, Berman, & Savik, 2003; Buchan, Shakeel, Trinidade, Buchan, & Ah-See, 2012; Rojas-Cooley & Grant, 2006) medan stöd från organisationen och vårdavdelningarna är svalare (Chu & Wallis, 2007; Keshet, Ben-Arye, & Schiff, 2012). En anledning till detta kan vara ett svagare vetenskapligt underlag bakom vissa terapier (Close, Sinclair, Liddle, Madden, McCullough, & Hughes, 2014) i kombination med behovet på evidensbaserade behandlingsmetoder. Det behövs mer forskning om vissa KAM-terapi för att säkerställa evidens så att de kan implementeras i vården. Problematismen av implementering fortgår även i det Falkenberg et al. (2009) lyfter när de påstår att vetenskap

och beprövad erfarenhet oftast tolkas utifrån ett västerländskt perspektiv och att dessa begrepp även ska ha uppstått i västvärlden.

Det förekommer en hög frekvens av rekommendation av KAM (Sohn & Loveland Cook, 2002; Samuels, et al., 2010; Buchan, Shakeel, Trinidad, Buchan, & Ah-See, 2012; Chu & Wallis, 2007) vilket författarna till föreliggande studie anser kan bero på den generellt positiva attityd till KAM som förekommer bland sjuksköterskor. Trots detta visade studien av Trail-Mahan et al. (2013) att sjuksköterskorna uppgav sig vara starkt omedvetna om utlåntagandet av deras styrelse gällande råd om KAM i omvårdnaden. Chu och Wallis (2007) skriver att största anledningen till att sjuksköterskor inte kunde använda sig av KAM var en brist på organisatoriska resurser, brist på organisatoriska riktlinjer och brist på tillgänglig utbildning. Utöver detta bör det nämnas att över två femtedelar av deltagande sjuksköterskor uttalade att de inte visste om rådande riktlinjer eller förhållningssätt till KAM på arbetsplatsen (ibid.). Detta kan innebära att synen på användningen av KAM skiljer sig mellan sjukvårdspersonal och ledningen vilket är av största vikt att undersöka vidare. Vi anser i linje med WHO att nationella och lokala riktlinjer bör skrivas för användning av KAM vilket troligen hade underlättat sjuksköterskans ansvar att möta patienters behov och efterfrågan och kunna förankra detta i vetenskap och beprövad erfarenhet.

Som nämnts i tidigare stycke visade det sig att olika yrkesgrupper har olika syn på KAM. Läkare har en tendens att vara mindre benägna till användning av KAM (Risberg, et al., 2004; Theodoropoulos, Manolopoulos, von Georgi, Bohlmann, & Münstedt, 2005; Hyodo, et al., 2003) än vad denna litteraturgranskning fann att sjuksköterskor var. Detta trots att Baars och Kooreman (2012) visar i en studie att sjukvårdskostnader har minskat med upp till 30% och dödligheten minskade om patienten vårdades av en allmänläkare med extra utbildning i KAM. Den låga användningen av KAM hos läkare kan bero på en syn mer förankrad i den konventionella medicinen där det positivistiska paradigmet ligger som grund och där ett stort behov av mätbar data föreligger (Polit & Beck, 2009). Inom sjukvården finns det även en kultur där sjuksköterskor rättar sig efter läkarens beslut och att sjuksköterskors vårdande får utrymme först efter läkarnas medicinska vetenskap (Cruise Malloy, et al., 2009). Då många KAM-terapierna ofta går ut på att behandla symptom och ge en god omvårdnad för individen som själv väljer KAM som behandling blir det problematiskt när den yrkesgrupp som oftast tar de slutgiltiga besluten är negativt inställda till den specifika behandlingen som patienten ber om.

Slutsats och kliniska implikationer

KAM är vanligt förekommande i många länder världen över. Att sjuksköterskor kommer i kontakt med patienter som använder, vill rådfråga och föra en dialog om KAM är troligt vilket gör att det kommer bli svårare att förbise detta område som sjuksköterska. I föreliggande studie påvisas en positiv inställning till KAM bland sjuksköterskor, men att en generell brist på kunskap finns. Varierande kunskapsnivå har dock påvisats gällande olika specifika KAM-terapi. Bristen på kunskap, tid, träning och läkarens ovilja att använda sådana terapier upplevs som en barriär till att använda KAM i vården. Då majoriteten av sjuksköterskor inte uppger grundutbildningen som källa till sin kunskap om KAM anser författarna att en mer omfattande inkludering av KAM i läroplanen under grundutbildningen är viktigt. Detta, tillsammans med att informera legitimerade sjuksköterskor om KAM, vore bra för att kunna möta de behov som patienten kan ha. Då läkaren är mindre benägen att använda KAM och vårdkulturen ofta innebär att sjuksköterskan rättar sig efter läkaren blir detta även ett problem om sjuksköterskan vill implementera KAM i vården. Slutligen anser vi i linje med WHO att den rådande bristen på nationella och lokala riktlinjer angående KAM i Sverige bör förändras då detta mest troligt kan underlätta rådgivning och dialog mellan patient och sjuksköterska.

Författarnas arbetsfördelning

Först skrevs delar av arbetet under projektplaneringen och artikelsökningen utfördes av två författare. När den tredje författaren hade tillkommit delades artiklarna upp för granskning lika mellan dem. Efter granskningen lästes sammanfattning av de andras granskningar för att fastställa resultat och för att ta del av den information som kunde utrönas. Informationen skrevs samman till ett resultat och diskussionen utformades, under tiden texten utformades tog alla del av varandras material för att säkerställa att det var korrekt hanterat. Hela tiden eftersträvades en jämn arbetsfördelning mellan författarna.

Referenser

- *Afshin Shorofi, S., & Arbon, P. (2010). Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): A survey at five metropolitan hospitals in Aledaide. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 16*, 229-234.
- Australian Bureau of Statistics. (December 2009). *Complementary Therapies*. Hämtat från Australian Social Trends:
<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4102.0Chapter5202008> den 3 December 2014
- Baars, E., & Kooreman, P. (2012). Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *European Journal of Health Economics, 13*(6), 769-776.
- Berman, B., Manheimer, E., & Wieland, L. (2011). Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 17*(2), 50-59.
- Bjerså, K. (2012). *Complementary and Alternative Therapies in Surgical Care*. Göteborg: The Sahlgrenska Academy.
- Bjerså, K., Forsberg, A., & Fagevik Olsén, M. (2011). Perceptions of complementary therapies among Swedish registered professions in surgical care. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 17*, 44-49.
- Bocock, C., Reeder, A., Perez, D., & Trevana, J. (2011). Beliefs of New Zealand doctors about integrative medicine for cancer treatment. *Integrative Cancer Therapies, 10*(3), 280-288.
- Bonakdar, & Bresler. (2004). Do CAM therapies work for pain management? *Patient Care, 52*-58.
- *Brolinson, P. G., Price, J. H., Ditmyer, M., & Reis, D. (2001). Nurses' Perceptions of Complementary and Alternative Medicine Therapies. *Journal of Community Health, 26*(3), 175-189.
- Brown, J., Cooper, E., Frankton, L., Steeves-Wall, M., Gillis-Ring, J., Barter, W., et al. (2007). Complementary and alternative attitudes of health professionals at a tertiary pediatric/women's care facility. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 13*(3), 294-200.
- *Buchan, S., Shakeel, M., Trinidad, A., Buchan, D., & Ah-See, K. (2012). The use of complementary and alternative medicine by nurses. *British Journal of Nursing, 21*(11), 672-675.

- Chang, H., Brodie, R., Choong, M., Sweeney, K., & Kerin, M. (2011). Complementary and alternative medicine use in oncology: A questionnaire survey of patients and health care professionals. *BMC Cancer*, *24*(11), 196-2004.
- *Chu, F.-Y., & Wallis, M. (2007). Taiwanese nurses' attitudes towards and use of complementary and alternative medicine in nursing practice: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *44*, 1371-1378.
- Close, C., Sinclair, M., Liddle, D., Madden, E., McCullough, J., & Hughes, C. (2014). A systematic review investigating the effectiveness of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for the management of low back and/or pelvic pain (LBPP) in pregnancy. *Journal of advanced nursing*, *70*(8), 1702-1716.
- Cruise Malloy, D., Hadjistavropoulos, T., Fahey McCarthy, E., Evans, R. J., Zakus, D. H., Park, I., et al. (2009). Culture and Organizational Climate: Nurses' Insights Into Their Relationship with Physicians. *Nursing Ethics*, *16*(6), 719-733.
- Davidson, R., Geoghegan, L., Mclaughlin, L., & Woodward, R. (2005). Psychological Characteristics of Cancer Patients who use Complementary Therapies. *Psycho-Oncology*, *14*, 187-195.
- *DeKeyser, F. G., Bar Cohen, B., & Wagner, N. (2001). Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israel towards complementary and alternative medicine. *Journal of Advanced Nursing*, *36*(1), 41-48.
- Eisenberg, M., Davis, R., Ettner, S., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., et al. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *American medical association*, *280*(18), 1569-1575.
- Ekehammar, B. (2007). Socialpsykologi. i P. Hwang, I. Lundberg, J. Rönnerberg, & A. Smedler (Red.), *Vår tids psykologi* (ss. 276-317). Stockholm: Natur och Kultur.
- Eschiti, V. (2007). Lesson From Comparison of CAM Use by Women With Female-Specific Cancers to Others: It's Time to Focus on Interaction Risks With CAM Therapies. *Integrative Cancer Therapies*, *6*(4), 313-344.
- European Information Centre for Complementary & Alternative Medicine. (April 2013). *Home: European Information Centre for Complementary & Alternative Medicine*. Hämtat från European Information Centre for Complementary & Alternative Medicine: <http://www.eiccam.eu/home.php?il=1&l=eng> den 3 December 2014
- Falkenberg, T., Fönnebö, V., & Knox, K. (2009). Emerging Complementary and Alternative Medicine Policy Initiatives and the Need for Dialogue. *The journal of alternative and complementary medicine*, *15*(9), 959-962.

- Forsman, B. (1997). *Foreskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.
- Frass, M., Strassl, R., Friehs, H., Müller, M., Kundi, M., & Kaye, A. (2012). Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *The Ochsner Journal*, 12(1), 45-56.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats*. (F. Friberg, Red.) Lund: Studentlitteratur.
- Goldbas, A. (2012). An introduction to complementary and alternative medicine (CAM). *International Journal of Childbirth Education*, 27(3), 16-20.
- Hanssen, B., Grimsgaard, S., Launsö, L., Fönnebö, V., Falkenberg, T., & Rasmussen, N. (2005). Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 57-62.
- Hanssen, B., Grimsgaard, S., Launsö, L., Fönnebö, V., Falkenberg, T., & Rasmussen, N. (2005). Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 57-62.
- Hessig, R. E., Arcand, L. L., & Frost, M. H. (2004). The Effects of an Educational Intervention on Oncology Nurses' Attitude, Perceived Knowledge, and Self-Reported Application of Complementary Therapies. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 71-78.
- *Holroyd, E., Zhang, A. L., Suen, L. K., & Xue, C. C. (2008). Beliefs and attitudes towards complementary medicine among registered nurses in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1660-1666.
- Hyodo, I., Eguchi, K., Nishina, T., Endo, H., Tanimizu, M., Mikami, I., et al. (2003). Perceptions and Attitudes of Clinical Oncologists on Complementary and Alternative Medicine. *American Cancer Society*, 97(11), 2861-2868.
- Keshet, Y., Ben-Arye, E., & Schiff, E. (2012). Can holism be practiced in a biomedical setting? A qualitative study of the integration of complementary medicine to a surgical department. *Health*, 16(6), 585-601.
- Kessler, R., Davis, R., Foster, D., Van Rompay, M., Walters, E., Wilkey, S., et al. (2001). Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Academia and Clinic*, 135(4), 262-268.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Konventionell. (1998). i *Svenska Akademiens ordlista över svenska språket* (s. 441). Falkenberg: Nordstedts.
- Kunskapsteori. (1993). i *Nationalencyklopedin* (ss. Band 11, s. 536). Höganäs: Bra Böcker.

- Medicin. (1998). i *Svenska Akademiens ordlista över svenska språket* (s. 534). Falkenberg: Nordstedts.
- Nationalencyklopedin. (2014). *Attityd*. Hämtat från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/attityd> den 17 December 2014
- NCCAM. (Mars 2013). *Are You Considering Complementary Medicine?* Hämtat från National Institute of Health: <http://nccam.nih.gov/health/decisions/consideringcam.htm> den 24 November 2014
- NCCAM. (Juli 2014). *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* Hämtat från National Institute of Health: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam> den 24 November 2014
- Northern Nurses' Federation. (2003). *Yrkesetiska kodexar*. Hämtat från Codex - regler och riktlinjer för forskning: http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf den 15 Januari 2015
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2009). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice* (Senaste uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Risberg, T., Kolstad, A., Wist, E. A., Holte, H., Mella, O., & Klepp, O. (2003). Skal alternative utøvere behandle kreft - hva mener onkologiske helsearbeidere? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 21, 3059-3061.
- *Risberg, T., Kostad, A., Bremnes, Y., Holte, H., Wist, E., Mella, O., et al. (2004). Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies: a national multicentre study of oncology professionals in Norway. *European Journal of Cancer*, 40, 529-535.
- *Rojas-Cooley, M. T., & Grant, M. (2006). Complementary and Alternative Medicine: Oncology Nurses' Experiences, Educational Interests, and Resources. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 581-588.
- *Rojas-Cooley, M. T., & Grant, M. (2009). Complementary and Alternative Medicine: Oncology Nurses' Knowledge and Attitudes. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 217-224.
- *Samuels, N., Zisk-Rony, R. Y., Singer, S. R., Dulitzky, M., Mankuta, D., Shuval, J. T., et al. (2010). Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 341.e1-341.e7.

- Sawni, A., & Thomas, R. (2007). Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding complementary/alternative medicine: a national survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 4(7), 18-24.
- SFS. (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS. (1992:859). *Läkemedelslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS. (1993:100). *Högskoleförordningen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS. (2010:659). *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Smith, G. D., & Wu, S.-C. (2012). Nurses' beliefs, experiences and practice regarding complementary and alternative medicine in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2659-2667.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtat från Socialstyrelsen:
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf den 2 Januari 2015
- *Sohn, P. M., & Loveland Cook, C. A. (2002). Nurse practitioner knowledge of complementary alternative health care: foundation for practice. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 9-16.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2013). *Svensk sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad*. Hämtat från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Vardegrund.for.omvardnad.web.pdf> den 27 Mars 2014
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Theodoropoulos, I., Manolopoulos, K., von Georgi, R., Bohlmann, M., & Münstedt, K. (2005). Physicians and Complementary and Alternative Medicine Cancer Therapies in Greece: A Survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(4), 703-705.
- *Tracy, M. F., Sendelbach, S., Kreitzer, M. J., Berman, B., & Savik, K. (2003). Nurse attitudes towards the use of complementary and alternative therapies in critical care. *Heart & Lung*, 32(3), 197-209.
- Traditionell. (1998). i *Svenska Akademiens ordlista över svenska språket* (s. 937). Falkenberg: Nordstedts.
- *Trail-Mahan, T., Mao, C.-L., & Bravel-Brinkley, K. (2013). Complementary and Alternative Medicine: Nurses' Attitudes and Knowledge. *Pain Management Nursing*, 14(4), 277-286.

- *Trimborn, A., Senf, B., Muenstedt, K., Buentzel, Micke, O., Muecke, R., et al. (2013). Attitude of employees of a university clinic to complementary and alternative medicine in oncology. *Annals of Oncology*, 24(10), 2641-2645.
- Willman, A., Bahtsevani, C., & Stoltz, P. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (Senaste uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Wolf, U., Wolf, M., Maxin-Bergmann, S., Bronhöft, G., & Matthiessen, P. (2006). Use of Complementary Medicine in Switzerland. *Froschende Komplementärmedizin*, 13(2), 4-6.
- World Health Organization. (2004). *Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*. Hämtat från <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5525e/s5525e.pdf> den 3 December 2014
- World Health Organization. (2013). *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Hämtat från http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/ den 12 December 2014
- World Health Organization. (2014). *Traditional Medicine: Definitions*. Hämtat från World Health Organization: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> den 2 December 2014
- World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtat från <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1760318> den 11 December 2014
- Zanini, A., Quattrin, R., Goi, D., Frassinelli, B., Panariti, M., Carpanelli, I., et al. (2008). Italian oncology nurses' knowledge of complementary and alternative therapies: national survey. *Journal of advanced nursing*, 62(4), 451-456.

Bilaga 1 (1)

Akupressur	Akunpunktur (ex. nål-akupunktur, elektroakupunktur)	Alexandertekniken	Aromaterapi
Konstterapi (ex. dans terapi, drama terapi, musik terapi)	Ayurvedisktraditionellmedicin	Balneologi	Bi produkter (ex. honung, pollen, propolis, drottninggelé, gift)
Bioåterkoppling	Kleatterapi†	Kinesisktraditionell medicine	Kiropraktik (ex. spinal manipulation)
Färgterapi	Kraniosacral manipulation	Kosttillskott(icke-växtbaserad)† (ex. vitaminer, hormoner, aminosyror)	Dietterapi† (ex. LCHF, vegandieter)
Avlägsen healing	Elektroterapi† (ex, transkutan elektrisk nervstimulering)	Electromagnetiskterapi†	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
Feldenkraismetod	Växtbaserat kosttillskott (ex, echinacea, vitlök)	Homeopati	Hydroterapi
Övertrycksbehandling med syrgas†	Hypnos	Imaginativterapi (ex, visualiseringstekniker)	Ljusterapi† (Fototerapi)
Magnetfältsterapi† (ex, Transkraniellmagnetstimulering)	Massage	Meditation	Morita terapi
Moxibustion	Naturopati	Osteopatisk manipulation	Ozone terapi†
Lekterapi	Proloterapi	Qi gong	Reflexologi
Reiki terapi	Avslappningsterapi	Snoezelen	Speleoterapi
Spirituellterapi (ex, bön)	Tai chi	Terapeutiskberöring	Traditionella healers och helande metoder (annat än Kinesisk)(ex, Kampo, Shamanism)
Tuina	Ultraljudsterapi†	Yoga	

Lista av terapier som inkluderas till KAM enligt Berman, Manheimer, Wieland (2011), översatt med MeSH-termer.

† Terapier som är markerade kan anses vara en del av den konventionella medicinen beroende på vilket tillstånd som behandlas