

Omslag 1. side

NAFKAM

Nasjonalt forskningscenter

NAFKAM

Skriftserie nr 4

Grønne paviljonger



Stig Bruset



The National Research Center in
Complementary and Alternative Medicine

University of Tromsø, Norway

NAFKAM SKRIFTSERIE

blir utgitt av Nasjonalt forskningscenter innen
komplementær og alternativ medisin.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine funn og
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk
for NAFKAMs syn.

The opinions expressed in this publications are
those of the authors and do not necessarily
reflect the official policy of the institutions
supporting this research.

Rapporten om grønne paviljonger på sykehus er en beskrivelse av hvordan man kan tenke seg komplementær og alternativ medisin integrert i norske sykehus. Her beskrives hvordan pasientene, mens de er innlagt på sykehus, kan gis anledning til å velge blant behandlingsmetoder de mener kan styrke deres helse og lindre plager. Flere steder i utlandet har man etablert denne type tilbud og tilbakemeldingene fra pasientene har vært positive. En grønn paviljong vil også kunne være arena for forskning og samarbeidsprosjekter som vil øke kunnskapen og gjøre det lettere å vurdere nytteverdien av alternative og komplementære behandlingstilbud. Denne rapporten ble initiert av et utvalg fra Kreftforeningen, men det er ingen ting i veien for at også andre pasienter, med andre sykdommer enn kreft, kan ha glede av et slikt behandlingskonsept.

Stig Bruset, spesialist i allmennmedisin,
Lierskogen legekantor, postboks 218,
3420 Lierskogen,
tlf 32 85 25 60, faks 32 85 35 19,
e-post: stigab@online.no

ISBN-13: 978-82-92672-03-7

2007

Grønne paviljonger



Foto: Stig Brusset

INNHOLD

SAMMENDRAG	5
VISJON.....	8
KAM OG KREFT	10
GRØNNE PAVILJONGER I UTLANDET.....	26
ALTERNATIV BEHANDLING PÅ SYKEHUS.....	30
UTVALG AV BEHANDLINGSMETODER OG TERAPEUTER	33
HVEM SKAL RÅDE PASIENTENE OM BEHANDLING.....	35
AREALBEHOV OG PLANLØSNING.....	38
JURIDISKE BETRAKTNINGER	40
ØKONOMI	43
EPILOG	46
LITTERATUR.....	52

SAMMENDRAG

Ideen om grønne paviljonger på sykehus ble lansert i forbindelse med TV-aksjonen som samlet inn penger til Kreftforeningen i 1998 som et konkret forsknings- og utviklingsprosjekt. Aarbakkeutvalget (NOU 1998:21) nevner grønne paviljonger som et konkret eksempel på organisatoriske virkemidler for å stimulere samarbeide mellom alternativ medisin og skolemedisin. På Alternativmessen i Oslo Spektrum 1999, som ble besøkt av mer enn 20.000 personer, fikk publikum for første gang se en modell for hvordan komplementære og alternative behandlingsmetoder (KAM) kan integreres på norske sykehus. Det ble bygget opp en modell av en grønn paviljong i full skala med fellesrom og behandlingsrom der ulike foreninger innen KAM demonstrerte sine behandlingstilbud. På Alternativmessen i 2000 ble det overlevert 5000 underskrifter som støttet opprettelse av grønne paviljonger til formannen i Stortingets sosialkomité, Jon Alvhheim, som også ga sin støtte. Kreftforeningens "Rådgivende utvalg for komplementær behandling" har tatt initiativet til rapporten og NAFKAM (Nasjonalt Forskningscenter innen alternativ medisin ved Universitetet i Tromsø), har støttet trykkingen. Arbeidet med denne rapporten har fått økonomisk støtte av Eckbos legat og Kreftforeningen har bidratt med reisestøtte og administrasjon.

Bakgrunn

En stor del av norske kreftpasienter benytter komplementære og alternativ medisin forkortet KAM (på engelsk "CAM" som står for complementary and alternative medicine). I denne rapporten brukes ikke det innarbeidede begrepet "alternativ" medisin i tråd med Aarbakkeutvalgets vurderinger, fordi de fleste bruker disse behandlingsformene sammen med, og ikke i stedet for, skolemedisinsk behandling.

Staten Helsetilsyn har tidligere i et rundskriv til norske sykehus understreket at pasientene skal ha frihet til å benytte komplementære behandlingsmetoder også under sykehusoppholdet. Undersøkelser viser at majoriteten av brukerne ønsker dette. Aarbakkeutvalget (NOU 1998:21), foreslo (kap 14.3.3.) at det skulle opprettes grønne paviljonger på sykehus, der pasientene kunne få benytte de komplementære behandlingsmetodene som de ønsker. Derved har man også en god mulighet til å evaluere effekten av metodene, samt øke kunnskapen innenfor det etablerte helsevesen. En grønn paviljong egner seg utmerket for forskning, der man kan søke å klarlegge hvilke alternative metoder som kan være nyttige i fremtidens helsevesen. Det er også mulig å finne konstruktive samarbeidsformer mellom de ulike medisinske tradisjonene. I utlandet finnes allerede avdelinger for komplementær behandling ved flere sykehus og blant annet ved det kjente Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) i New York. Her tilbys blant annet akupunktur, healing, massasje og veiledning eller "counseling" når det gjelder urter, vitaminer og kosthold.

Positive holdninger blant pasienter helsepersonell

Bruken av KAM har hatt en kraftig økning og en norsk spørreundersøkelse fra 2007 viste at halvparten av befolkningen har benyttet denne formen for behandling i løpet av det siste året, noe som er en femdobling på ti år. En undersøkelse blant ansatte på

kreftavdelinger fra 2004 viste at et knapt flertall (56 %) av legene og et stort flertall (ca 90 %) av øvrige ansatte ved fem kreftavdelinger var positive til opprettelsen av grønne paviljonger. Mest positive var sykepleiere og stråleterapeuter, mens under 10 % stilte seg helt negative.

Organisering

Dagens organisering av sykehus med ulike avdelinger for kirurgi, indremedisin etc, gjør det naturlig å tenke seg en egen avdeling også for KAM. Denne kan være organisert som en egen enhet, der pasientene kan få sunn kost, ha et stille rom, samtale med andre, finne litteratur og bruke ulike former for behandling. Målet er å styrke pasientenes egne ressurser og bedre helsen. Ved en grønn paviljong bør det finnes behandlingsrom for akupunktur, massasje samt andre behandlingsformer og dessuten et lite bibliotek og et fellesrom for møter og måltider. Mange pasienter vet ikke i utgangspunktet hvilket tilbud de ønsker. Det bør derfor være en veileder i form av en person som ikke selv representerer en bestemt behandlingsform og dermed er nøytral. Denne personen kan etter en samtale med pasienten, gi informasjon om hva de ulike behandlingsmetodene går ut på. Subsidiært kan dette gis som en skriftlig orientering. Deretter kan pasientene selv velge og senere eventuelt bytte behandling som de ville ha gjort utenfor sykehuset. En annen mulighet er at hele behandlergruppa diskuterer seg frem til behandlingsforslag etter en tverrfaglig diskusjon.

Lokalisasjon

Den grønne paviljongen bør være på et sykehus eller så nærme at selv pasienter med forflytningsvansker kan komme seg dit. All behandling bør gis i disse lokaler. Aktuell lokalisasjon kan være kreftavdelingen ved et regionssykehus. Fordelene med et regionssykehus er at her finnes erfarne klinikere og forskere ved sykehuset som kan delta i prosjektarbeide. Siden regionssykehus ligger i en større by vil også tilgjengeligheten til alternative behandlere være større.

Etter utskrivning kan pasienter som ønsker det, fortsette behandlingen hos den enkelte terapeut eller på hjemstedet. Særlig er dette aktuelt ved langtidsstudier og etterundersøkelser. Det vil sannsynligvis også utvikle seg et personlig forhold mellom pasient og terapeut.

Ansvar

All behandling skal være frivillig og underordnet den onkologiske behandlingen. Medisinsk ansvarsforhold og kommunikasjon med pasientene må sikres gjennom utfyllende skriftlige avtaler. Hovedprinsippet bør være at pasientene opptar en sykehusseng primært for onkologisk behandling og skrives ut når denne er ferdig. Det må avklares om ansvarlig lege skal kunne nekte pasientene støttebehandling og om hvilke konsekvenser det vil få om pasientene ikke føyer seg etter dette. I dag er det slik at ansvarlig lege kan nekte pasientene å bruke KAM mens de er inneliggende pasienter hvis dette kan være uheldig i forhold til den medisinske behandling. Gjennom opprettelsen av en grønn paviljong vil man kunne studere pasienters bruk av komplementære behandlingsformer i oversiktlige og trygge omgivelser. Utøverne av KAM er selv ansvarlige for kvalitets- sikring av sin behandling og tryggheten for pasientene er viktig.

Utøvere

Personalet som gir komplementær behandling bør være godt kvalifiserte og godta reglene for driften etter skriftlig overenskomst. De må være villige til å gi behandlingen på sykehuset, føre journaler og delta i evaluering. Med andre ord må det være personer som har interesse for forskning og evner til å samarbeide med sykehuset. Det vil bli en umulig situasjon hvis pasienter frarådes onkologisk behandling eller anbefales å reise til klinikker i utlandet mens de er innskrevet på sykehus. Utøverne kan delta i undervisning, tverrfaglige møter og annet helsepersonell kan hospitere ved den grønne paviljongen. Et viktig moment er også at de ulike behandlere kan samarbeide innbyrdes. Det bør stilles krav til utdanning og erfaring hos behandlerne. I tillegg bør det stilles krav til medlemskap i fagforbund. Det kan by på problemer å finne utøvere med lang erfaring med kreftpasienter etter som loven frem til 01.01.2004 inneholdt forbud for andre enn leger å behandle kreft.

Økonomi

Norsk helsevesen har problemer med å tilby befolkningen tilfredsstillende helsetilbud innenfor dagens økonomiske rammer. Det er derfor ikke realistisk at driften av en grønn paviljong skal kunne belastes magre sykehusbudsjetter. Modellen kan i første omgang organiseres som prosjekt drevet for forskningsmidler eller en øremerket bevilgning, eventuelt med en egenandel fra pasientene. Evalueringen av prosjektet vil kunne vise om pasientene kan ha nytte av de komplementære behandlingsmetodene ved at for eksempel liggetiden på sykehus kan bli kortere

Hva kan man vente å oppnå

Det er viktig at målsetningene er forsiktige og realistiske. I første omgang bør en grønn paviljong organiseres som et forskningsprosjekt hvor målet er å undersøke om pasientene har glede og nytte av de ulike tilbudene. Det er ikke sannsynlig at man i første fase kan måle harde endepunkter som overlevelse, tumor-reduksjon etc. Måling av effekt på kvalme, smerter og komplikasjoner i form av infeksjoner kan være aktuelt. Livskvalitet er viktig for mange kreftsyke og metoder som kan bedre denne bør ha prioritet. Det er også et sosiologisk viktig tema å avklare om og hvordan representanter for de ulike behandlingsformene kan kommunisere over en felles plattform. Målemetodene kan være kvalitative (intervjuer) og kvantitative (spørreskjemaer). Hvis evaluering av brukertilfredshet og effekt er positive, kan dette være grunnlag for å ytterligere undersøkelser for å evaluere om behandlingstilbudene bør integreres i det offentlige helsevesen.

VISJON

Kreftpasienter er en av våre mest belastede pasientgrupper. Sykdommen er dødelig for ca halvparten av pasientene og de utsettes for belastende behandling i form av operasjoner, stråling og cellegiftkurer. Mange får betydelig redusert livskvalitet gjennom kortere eller lengre tidsrom. Moderne sykehus er preget av effektivitet og en travel hverdag der naturvitenskapelig og mekanistisk behandling gjør at en mer helhetlig tilnærming til helse og sykdom kommer i bakgrunnen. Dessuten er den moderne pasientrollen preget av passivt mottak av helsetjenester rettet mot deres symptomer og plager fremfor aktiv deltagelse i det å bli frisk.

Visjonen om en grønn paviljong på et sykehus er at det skal være en oase i en ellers vanskelig sykehustilværelse. Her skal pasienten kunne styrke kroppens selvhelbredende evne og aktivere egne ressurser. Sykehusets personale skal også kunne føle seg velkomne og det bør legges vekt på felles møter med gjensidig utveksling av informasjon og tanker. På denne måten kan en grønn paviljong ha en brobyggerfunksjon mellom det etablerte helsevesen og KAM til pasientenes beste. Det er viktig at omgivelsene representerer grunnleggende verdier i KAM med hyggelige farger, grønne planter, naturlig lys og tiltalende interiør. Sentralt i paviljongen bør det være et samlingssted der brukerne kan dele et måltid eller ha en god samtale. For eksempel kan dette være et stort bord med stoler der det til enhver tid står frisk frukt og grønnsaker fremme. En gang om dagen kan det være mulighet til å få et sunt måltid, eventuelt tilberedt på stedet, slik at man spiser sammen. Friskt vann og varme drikker bør stå fremme til enhver tid. I det sentrale rommet kan man ha gruppemøter og det bør være et lite bibliotek med noen sentrale bøker og tidsskrifter.

De fleste pasienter ønsker å diskutere og få råd om ulike KAM- behandlingsformer. Dette kan gjøres ved en samtale med en person som helst bør være nøytral i forhold til de ulike behandlingsformene og således ikke favoriserer den ene fremfor en annen. En onkologisk sykepleier eller annen person med kunnskap om ulike behandlingsformer kan for eksempel ha en forberedende samtale med pasienten og kartlegge ønsker og behov i en trygg og aksepterende atmosfære. Hvis ønskelig og såfremt pasienten tillater dette, kan gruppen av behandlere ta dette opp på et møte for deretter å komme med konkrete råd.

Foruten fellesrom bør det finnes et rom for meditasjon, visualisering og avslapning. Her bør det finnes en god stol, et teppe på gulvet og CD-spiller til musikk. Mange har behov for en beskyttet arena for mentale teknikker som meditasjon og visualisering, eventuelt under veiledning av en behandler.

Behandlingene kan foregå på egne rom og må til en viss grad være tilpasset praktiske behov som benker til akupunktur og soneterapi, samt et konsultasjonsrom. Her kan pasientene få behandling og ligge/sitte i en avslappet atmosfære. Ved at paviljongen ligger på eller i nærheten av sykehuset kan tilbudet nå de aller sykeste som ellers ikke ville kunnet benytte seg av tilbudene. Det gjelder også pasienter som er døende.

Visjonen er at pasientene etter et opphold ved den grønne paviljongen skal ha fått et positivt møte med mennesker i en vennlig atmosfære. De skal ha muligheten til samtale med andre pasienter pluss sunn mat og drikke.

Etter å ha valgt blant en meny av behandlingsmetoder kan de gå tilbake til sin avdeling forhåpentligvis med en positiv opplevelse.

En grønn paviljong kan også være et møtested for alternative utøvere og ansatte på sykehuset der man kan lære mer om hverandres behandling samt utveksle tanker og erfaringer. Samtidig vil det være anledning til å studere effektene av de ulike behandlingsformene på pasientens livskvalitet og kanskje på hvor lenge pasientene blir liggende på sykehus og bivirkninger av den medisinske behandlingen. Hittil har mange vært redde for at alternativ behandling skal kunne svekke effekten av ordinær behandling. Alternative utøvere hevder det motsatte. De hevder at bivirkningene av cellegift og stråler kan reduseres og pasientenes helsetilstand bedres. Grønne paviljonger vil være en utmerket arena for å undersøke om og hva som eventuelt virker.

KAM OG KREFT

Alternativ eller komplementær behandling?

I begrepene "alternativ" mener enkelte at behandlingen gis i stedet for vanlig medisinsk behandling og med sikte på å angripe selve kreftcellene. Denne type behandling forbindes ofte med klinikker i utlandet og utøvere som hevder at de kan behandle selve kreftsykdommen. Formålet er ofte uttalt kurerende og pasientene oppsøker ofte disse behandlingsstedene med håp om helbredelse, også der konvensjonell behandling er avsluttet. Undersøkelser viser at dette kun gjelder noen få prosent av kreftpasienter. "Komplementær" behandling betyr at pasientene både benytter konvensjonell og annen behandling parallelt. Sistnevnte er det mest alminnelige i Norge. Målet er å styrke allmenntilstanden, immunsystemet og livskvaliteten. Ofte kan det være vanskelig å trekke et skarpt skille mellom behandlingsmetodenes intensjon og jeg vil derfor bruke begrepet KAM (komplementær og alternativ medisin), et begrep som brukes stadig oftere internasjonalt. Når en utøver gir sin behandling vil intensjonen som regel være å styrke det friske og bedre kroppens samlede motstandskraft og helse. Det kan derfor virke kunstig å skille mellom alternativ og komplementær medisin. I Norge har Den norske lægeforening hevdet at man ikke burde bruke begrepet medisin, som kan forveksles med den etablerte medisin, men heller bruke behandling (Den norske lægeforening 1998).

Synet på kreft blant utøvere av KAM

De fleste utøvere av KAM mener at hovedårsaken til kreft er miljøbelastninger, usunn livsstil og/eller nedsatt immunforsvar. Blant årsakene til nedsatt immunforsvar har man tradisjonelt også vært opptatt av faktorer knyttet til psykologi og personlighet (Eysenck 1988, Simonton 1982). I følge Kreftregisteret er det de typisk miljørelaterede kreftsykdommene som har hatt den største økningen i løpet de siste 30 år og opptil tre firedeler av all kreft kan relateres til miljø- og livsstilsfaktorer. Den store økningen i nye krefttilfeller har tallmessig nøytralisert fremgangene i diagnostikk og behandling. Mange forskere i dag mener derfor at samfunnet bør legge mer vekt på forebygging enn behandling hvis vi skal vinne kampen mot kreftsykdommene.

De viktigste årsakene til miljørelaterede kreftsykdommer ansees å være:

- røyking
- soling
- alkohol
- industrieksponering (asbest osv)
- radioaktiv stråling

Blant utøvere av KAM er det enighet om at disse faktorene er de viktigste, men her legger man i tillegg større vekt på generell forurensning og særlig kunstige tilsetningsstoffer og plantevernmidler som årsak til kreft. Disse stoffene antas av ledende kreftforskere å spille en liten rolle (ca. 1 % av krefttilfellene), men dette er omstridt. De biologiske modeller som har vært brukt, er laboratorieforsøk med rotter og mus som har vært eksponert for enkelte miljøgifter i store doser over kortere

tidsrom. Utøvere av KAM mener dette gir usikre data for å vurdere kreft hos mennesker. Vi lever ikke i laboratorier og utsettes for en rekke potensielt farlige stoffer over flere tiår. Våre gener har endret seg minimalt siden steinalderen (ca. 10 000 år siden) og er tilpasset et helt annet miljø. Vår historie kan beskrives slik:

- 100 000 generasjoner (minst) jegere og samlere
- 500 generasjoner jordbrukere
- 10 generasjoner i en industrialisert verden
- 1 generasjon i atomalderen

Dette gjelder ikke for alle land i verden og undersøkelser viser at helsetilstanden i U-land endrer seg etter hvert som de blir industrialisert og adapterer en moderne livsstil. Innenfor KAM ser man derfor på kreft som en av mange konsekvenser av vår moderne livsstil, og man mener at den sterke økningen i kreftsykdommer tyder på et stadig større misforhold mellom kroppens reparasjonssystemer og de miljøbelastninger vi utsettes for. Genene i den norske befolkning har endret seg minimalt i de siste 50 år, men kreftforekomsten har i samme tidsrom blitt doblet. Det er derfor liten tro blant alternative utøvere på at vi kan behandle oss vekk fra kreftproblemet. I stedet anbefales mer vekt på forebygging gjennom at vi i større grad lever i pakt med vår biologi.

De fleste utøvere av KAM har et holistisk eller helhetlig syn på mennesket, der også psykologiske faktorer er viktige både for forekomsten og forløpet av en kreftsykdom. En viktig del av behandlingen er derfor stressmestring, avslapning og psykologisk støtte. Enkelte undersøkelser med gruppebehandling av kreftpasienter har vist at psykologiske faktorer kan spille en stor rolle i hvordan sykdomsforløpet utvikler seg (Spiegel 1989, Fawzy 1994).

Grunnprinsipper ved KAM

Det overordnede mål i KAM er å styrke kroppens egen motstandskraft mot sykdommen. To kreftpasienter med samme krefttype og stadium kan ha to helt forskjellige sykdomsforløp. Den ene kan leve i flere år med en tilsynelatende god livskvalitet, hos den andre kan sykdommen raskt forverres, og pasienten dør. Årsakene kan være forskjeller i sykdommens aggressivitet eller i den samlede motstandskraft. Innen KAM søker man å bedre denne motstandskraften gjennom

- immunstyrkende behandling
- psykologisk omsorg
- ernæring
- lindrende behandling
- mosjon

Behandlingen er derfor primært rettet inn mot disse områdene.

Brukerundersøkelser

Prosentandelen av kreftpasienter som bruker KAM varierer noe fra land til land, men er i Europa mellom 15–73 % (Molassiotis 2005). Terje Risberg fant ved en rundspørring blant kreftpasienter i Tromsø at 31 % hadde benyttet alternativ behandling, og at andelen økte med sykdommens varighet (Risberg 1997). Tall fra USA viser at opptil 80 % t av kreftpasientene i 2002 brukte en eller annen form for KAM (Cassileth 2004). Foruten manglende effekt av det skolemedisinske behandlingstilbudet, er det flere grunner til at pasientene oppsøker alternative utøvere (Verhoef 2005). Grunnene kan stort sett deles inn i tre hovedkategorier:

Ønske om vendepunkt

Dette gjelder pasienter som ofte ser kreftsykdommen som et resultat av en lang prosess og ønsker å snu denne. Pasienten er ofte operert og ferdigbehandlet, men ønsker å forebygge tilbakefall. Kreftsykdommen sees på som en mulighet til forandring, og gjerne til en sunnere livsstil.

Ønske om støttebehandling

Mange pasienter bruker KAM samtidig med skolemedisinsk behandling. Begrunnelsen er oftest at pasientene ønsker å øke sine sjanser til å bli bra og dessuten redusere den nedbrytende effekten av stråling og cellegift. Immunstyrkende behandling er derfor mye brukt.

Ønske om kontroll

Rollen som kreftpasient innebærer oftest at man blir passiv mottaker av behandling, med svært liten innflytelse over hvor, når og hvilken behandling man får. Pasientene oppgir at de har større valgmuligheter og kontroll ved bruk av KAM.

Behov for et siste halmstrå

Disse pasientene har ofte blitt behandlet av skolemedisinen i lengre tid uten å bli friske og vender seg til KAM som et siste håp. Noen ganger dreier det seg om pasienter som ikke har noe annet tilbud om behandling.

Spørreundersøkelser

De vanligste årsakene til at pasientene oppsøker KAM var i følge en større europeisk rundspørring (Molassiotis 2005):

- hjelp i kamp mot kreftsykdommen 51 %
- øke den fysiske motstandskraften 41 %
- øke det psykiske velværet 35 %

De fleste (56 %) hadde fått anbefalt KAM gjennom venner og familie (29 %), etterfulgt av media (28 %). I en spørreundersøkelse ved kreftavdelingen på Ullevål sykehus svarte pasientene at de hadde brukt følgende behandlingsmetoder (Romstad 1992):

- helsekost 29 %
- homøopati 16 %

- injeksjoner 14 %
- healing 10 %
- visualisering 10 %
- annet 8 %
- utenlandske klinikker 6 %

Risberg beskriver i sitt doktorgradsarbeide fra Tromsø at de mest benyttede metodene var healing/håndspåleggelse og homøopati (Risberg 1997). Valget av behandlingsmetode vil reflektere pasientenes ønsker, men være begrenset av tilgangen på behandlere der pasientene bor. Det er derfor en viss forskjell i bruken av KAM mellom de ulike landsdeler.

Alternativ diagnostikk

Mange utøvere av KAM benytter diagnosemetoder som ikke er sammenlignbare med etablerte medisinske diagnosemetoder. Blant annet anvendes irisdiagnostikk, kinesiologi, puls- og tungediagnostikk samt andre metoder som er beregnet på å brukes innenfor den enkelte terapitradisjon. Mange av disse metodene er testet mot medisinske analysemetoder som røntgen, blodanalyser og celleprøver. Konklusjonen er at metodene ikke er sammenlignbare med eller kan erstatte medisinske diagnosemetoder. Det er rapportert om tilfeller der alternative utøvere har fortalt pasienter med kreft at de ikke er syke eller fortalt friske pasienter at de har kreft (Bruset 1993). Alle kreftpasienter bør derfor undersøkes med etablerte undersøkelsesmetoder og kreftdiagnosen helst bekreftes ved en celleprøve. Forløpet av sykdommen og resultatet av behandlingen bør også følges med tradisjonell diagnostikk. Den enkelte utøver av KAM kan fritt benytte sine egne diagnoseverktøy som inngår i deres behandlingstradisjon til valg av behandlingsopplegg. Således kan for eksempel en akupunktør bruke puls- og tungediagnose for å velge den riktige kombinasjon av akupunkturpunkter.

Urter

Dette er den meste brukte formen for KAM blant kreftpasienter i Europa. Formålet er å styrke allmenntilstand og immunapparat, motvirke nedstemthet og eventuelt påvirke selve kreftsykdommen. Fra utlandet kjenner vi bruk av Essiac (Canada), Hoxey's urtekur og Laetrile (USA) samt misteltein og solhatt (Mellom-Europa). De mest brukte urtene blant norske kreftpasienter er ginseng, hvitløk, solhatt, johannesurt, noni og misteltein.

Ginseng er tradisjonelt brukt som styrkemedisin i Det Fjerne Østen og forsøk synes å bekrefte gunstige effekter på immunsystemet av de såkalte ginsenosidene. Laboratorieforsøk har vist positive effekter på kreftsyke mus, men det finnes ingen gode studier på kreftpasienter. Undersøkelser synes å bekrefte at ginseng virker positivt ved tretthet og nedsatt immunsystem og den regnes dermed som et adaptogen, et middel som hjelper organismen å tilpasse seg belastninger. Blant andre adaptogene urter kan nevnes rosenrot, reinrot og schizandra.

Hvitløk har i laboratorieforsøk vist seg å kunne drepe kreftceller og blant annet ved Radiumhospitalet undersøkes nå stoffer fra hvitløk som har evnen til å fremkalle programmert celledød (apoptose). Befolkningsundersøkelser viser blant annet at inntak av hvitløk kan beskytte mot kreft i magesekken, men om inntak av hvitløk er gunstig for kreftsyke er foreløpig ikke undersøkt.

Johannesurt (prikkperikum) har lange røtter i folkemedisinen og er tradisjonelt blitt brukt mot uro, innsovningsbesvær og lett nedstemthet. Den blir også brukt av kreftpasienter fordi den har god og vitenskapelig dokumentert effekt på milde og moderate former for depresjoner. Bivirkningene er færre enn ved tradisjonelle antidepressiva som lykkepiller og derfor kan urten fås kjøpt uten resept. Nyere undersøkelser viser at de aktive stoffene i naturlegemidlet påvirker enzymer (cytokrom P-450) i leveren på en måte som kan ha negativ effekt på virkningen av cellegiftbehandling. Johannesurt kan teoretisk påvirke alle legemidler som nedbrytes gjennom det samme enzymsystemet. Derfor bør hovedregelen være at Johannesurt ikke skal kombineres med legemidler i det hele tatt uten å konferere med lege. Regelmessig bruk av Johannesurt kan føre til oppgradering av enzymsystemet og det kan derfor ta uker etter at man slutter med bruken av urten før kroppen har samme toleranse som tidligere. Det er derfor ikke tilrådelig å bruke Johannesurt under cellegiftbehandling. Aller helst bør man slutte en måned før behandlingen starter (Schulz 2004, Cassileth 2003).

Noni frukt, eller *Morinda citrifolia* som er det latinske navnet, har vært en av de siste årenes storselgere i helskostmarkedet. Det meste av omsetningen skjer via MLM (multi level marketing). Internett er en arena for salg og markedsføring sterkere enn for mange andre produkter. Påstandene om alle positive egenskapene hos noni er lang og inkluderer kreftsykdommer. I utgangspunktet stammer noni frukten fra Stillehavsøyene der den brukes i folkemedisinen som et styrkende middel og ved infeksjoner. Bruken ble for alvor kjent i Vesten etter en artikkel fra 1985 av botanikeren Ralph Heinecke i et botanisk tidsskrift. Her hevdet han at det virksomme stoffet kalt proxeronin var virksomt overfor depresjon, åreforkalkning, demens, narkotikaavhengighet, smerter og at det kunne regenerere celler. Ved nærmere undersøkelse viser det seg at ingen har beskrevet molekylstrukturen til det antatte virkestoffet. Innholdet av vitaminer og mineraler i noni-juice er ikke spesielt høyt og i størrelsesorden 1-2 % av anbefalt daglig inntak. Det er gjort celleforsøk og museforsøk som viser at noni-juice kan ha effekt mot enkelte typer kreftceller (Hirazumi 1997). Ved søk i medisinske databaser finnes ingen kontrollerte humanforsøk med noni. På bakgrunn av museforsøkene og et stort antall positive rapporter har US National Institutes of Health (NIH) bestemt seg for å sette i gang en fase I studie på kreftpasienter. Studien skal ledes av dr Brian Issell ved Cancer Research Center på Hawaii som har fått bevilget i størrelsesorden 2,5 millioner Nkr.

Misteltein (*Viscum album*) er en plante som er kjent fra norrøn mytologi (pilen som drepte Balder var laget av misteltein) og er en snyltplante som vokser på trær så langt nord som til Oslofjorden. Misteltein er eviggrønn med hvite bær. Misteltein i form av preparatene Iscador, Helixor og Eurixor er blant de mest vanlige urtene som brukes i støttebehandling av kreft. Opprinnelig var det antroposofiens grunnlegger Rudolf Steiner (1861–1925), som introduserte misteltein i kreftbehandlingen, og i 1918 ble legemiddelet «Iscar» patentert av apoteker Hauser i Zurich. (Mistel ble kalt Hisca på middelalderlatin, og navnet Iscar og senere Iscador stammer fra dette.)

I dag foreskrives mistelteinpreparater av ca. 30 norske leger, og preparatet må bestilles gjennom apotek på registreringsfritak. Trygdekassen dekker ingen del av behandlingen, som består av 2–7 injeksjoner per uke. Sprøytene settes under huden, og pasientene kan lære å sette dem selv. Misteltein inneholder flere stoffer som kan tenkes å være gunstige for kreftpasienter, bl.a. lektiner. Grovt sett kan man si at mistelteinpreparater har to effekter:

- immunstimulerende effekt
- cellegiftvirkning

I de konsentrasjoner som vanligvis brukes, er det den immunstimulerende virkningen som er mest fremtredende. Cellegiftvirkningen er svak; dødelig dose er på mer enn hundre injeksjoner per dag, mot terapeutisk dose på en injeksjon per dag.

Hovedansvarlig for den immunstimulerende effekten er lektiner, som er blitt renfremstilt og isolert ved universitetet i Bergen (avdeling for molekylærbiologi).

Undersøkelser viser at mistelteinekstrakter virker aktiverende på den delen av immunsystemet som er virksomt i forsvaret mot kreft (Bruset og Enge 1993).

Den beste oversikt over kliniske studier på misteltein er nok gjort av dr. Helmut Kiene ved det medisinske fakultet på universitetet i Witten/Herdecke. Hans medisinske doktorgrad fra 1989 inneholder en kritisk gjennomgang av til sammen 46 forskjellige undersøkelser (Kiene 1989). I følge databasen til National Cancer Institute i USA har man vurdert 33 undersøkelser på en rekke ulike former for kreft:

<u>Legemiddel</u>	<u>Antall studier</u>
Iscador	23
Eurixor	5
Helixor	3
Rekombinant mistelteinlektin ML1	2

De største undersøkelsene har opptil flere hundre deltagere og gjennomgående kan det registreres positive effekter som økt overlevelse og bedret livskvalitet. Likevel er undersøkelsene som regel av lav kvalitet og de siste årene er det kommet to store studier av ondartet føflekkreft og hode/halskreft som ikke har vist effekt av mistelteininjeksjoner. To norske studier de siste årene ved universitetet i Bergen og ved Radiumhospitalet er avsluttet på grunn av problemer som manglende levering av preparatet. En avklaring på nytten av mistelteinbehandling ser derfor ut til å la vente på seg. En undersøkelse av 10.226 pasienter kreftpasienter fra Tyskland, viste at de som hadde brukt Iscador (1668 pasienter), hadde ca 40 prosent lengre overlevelsestid enn kontrollgruppen. Resultatene fremkom ved å sammenligne matchede par (Grossarth-Maticcek 2001). Denne type undersøkelse inneholder mange svakheter og er også senere blitt kritisert

Bivirkningen av behandlingen er ofte en viss rødhet og hudirritasjon på injeksjonsstedet. Noen utvikler allergi og må derfor slutte med behandlingen.

En annen populær immunstimulerende urt er solhatt (*Echinacea*), som selges reseptfritt og kan inntas i form av dråper og kapsler. Flere undersøkelser viser at solhatt virker immunstimulerende og kan forkorte forløpet av forkjølelser (Shah 2007), men det finnes også undersøkelser som ikke har funnet effekt (Raknes 2006). Noen få undersøkelser behandling av kreftpasienter, viser at solhatt styrker immunsystemet (Bauer og Wagner 1990, Lersch 1994).

Psykologisk støttebehandling

Det norske kreftmiljøet har vært dominert av biologisk orienterte forskere, og psykologisk omsorg har vært lavt prioritert både når det gjelder forskning og ved sykehusavdelingene. I motsetning til større ulykker, der tilbudet om katastrofepsykiatri er høyt prioritert, opplever de mer enn 20.000 kreftpasienter som hvert år får sin diagnose, at de sjelden får profesjonell psykologisk hjelp. Noen ildsjeler har likevel stått bak opprettelsen av Montebellosenteret ved Lillehammer, seksjon lindrende behandling ved St Olavs hospital, hospice (avdeling for døende) og den nye kreftavdelingen i Ålesund der det er lagt vekt på det psykologiske miljø. Kreftforeningen har også i mange år drevet aktivt omsorgsarbeid gjennom sine sentre som i dag finnes over hele landet. Likevel opplever de fleste kreftpasienter at de ikke får tilbud om psykologisk støttebehandling og mange sliter med angst og depresjon på grunn av sykdommen og delvis også behandlingen som kan medføre tap av kroppsdeler og funksjon.

”Kropp og sjel” teknikker

Utøvere av KAM har i større grad vært preget av antikkens syn på mennesket, der også mentale og psykologiske faktorer kan påvirke vår helse.

”Jeg vil heller vite hvilket menneske som har en sykdom enn hvilken sykdom et menneske har”. Hippokrates.

Internasjonalt har forskere de siste årene vært i ferd med å bygge bro mellom kropp og sjel. Kunnskapene innen flere felter er nå så utbredt at man ser hvordan de ulike fagområdene berører hverandre. Det er blant annet oppstått et nytt fag som kalles psyko-nevro-endokrino-immunologi (PNI). Navnet er sammensatt av fagområdene:

- Psykologi, som igjen kan inndeles i områder som konsentrerer seg om tanker, følelser, adferd og åndelige spørsmål.
- Nevrologi, som bl.a. befatter seg med nervesystemets oppbygning og funksjon, inkludert kjemiske signalstoffer.
- Endokrinologi, som omfatter læren om kroppens hormonproduserende kjertler og deres regulering.
- Immunologi, som er opptatt av den fysiske delen av immunforsvaret inkludert lymfesystemet og de hvite blodlegemene.

Vi vet i dag for eksempel at nervesystemet står i direkte kontakt med hvite blodlegemer (lymfocytter), og at disse i sin tur kan produsere signalstoffer som påvirker hjernen (neuropeptider). Det er også vist at hormonproduserende kjertler og psyke påvirker hverandre. Kjente eksempler er hvordan sinne og redsel kan påvirke binyrene til produksjon av adrenalin, og hvordan eggstokkenes hormonproduksjon kan føre til humørsvingninger uka før menstruasjonen.

Kort oppsummert kan vi si at en belastning på et menneske sannsynligvis kan manifestere seg og registreres på en rekke nivåer, og at det er umulig å skille mellom noe som er rent fysisk eller rent psykisk. Mange utøvere av KAM har derfor sett psykisk støtte som en viktig del av behandlingen, og enkelte forfattere har beskrevet at pasientenes sykdom har tatt en ny og positiv vending etter samtaler og gruppeterapi (Le Shan 1992). Den amerikanske røntgenlegen Carl Simonton utviklet et behandlingsopplegg for kreftpasienter og pårørende basert på systematisk bruk av gruppesamtaler, avspenningsøvelser og visualisering som er beskrevet i boka "Du kan bli frisk igjen" (Simonton 1982).

Høsten 1998 ble det avholdt et fagseminar i Oslo der man fokuserte på psykosomatisk behandling av kreft, og de amerikanske forskerne Spiegel og Fawzy demonstrerte at man kunne dokumentere en betydelig effekt på livskvalitet og livslengde etter psykologisk behandling av pasienter med brystkreft og føflekkreft (Spiegel 1989, Fawzy 1994). De siste årene har ny forskning svekket tidligere resultatene som tydet på at selve kreftsykdommen kunne påvirkes av psykologiske metoder. Etter innledende optimisme på 1980 og 1990-tallet har gjennomgang av litteraturen vist usikre resultater (Sampson 2002). Den nederlandske forskeren Bert Garssen fant ved en gjennomgang av flere enn 70 studier de siste 30 år at mange studier viste en sammenheng mellom ytre stress og forekomst og forløp av kreftsykdom, særlig brystkreft (Garssen 2004). Det var ikke en enkeltfaktor som har pekt seg ut bortsett fra tap av mor i barneårene. Psykologisk støttebehandling kan også ha positive effekter gjennom minsket angst og bedret livskvalitet. Oslo Kreativitetssenter var et selvhjelpssenter for kreftpasienter og deres pårørende som frem til 1993 et tilbud i form av helgekurs og ukeskurs. Her fikk pasienter lære avslapning og kreative teknikker for å bedre kunne mestre sin sykdom, noe som er i tråd med erfaringer fra lignende sentra andre steder i verden (Helmersen 1995).

Healing

Healing og håndspåleggelse benyttes av mange kreftpasienter, og metodene er særlig populære i Nord-Norge. Noen behandlere er personlig kristne, mens andre gir behandlingen utenom en religiøs kontekst. Formålet er ofte å hjelpe pasientene til å integrere de ulike delene av seg selv – «to heal», helbrede, betyr å gjøre hel. Den amerikanske psykiateren Daniel Benor har samlet mer enn 150 studier vedrørende effekten av healing, men ifølge Aarbakkeutvalget (NOU 1998:21) finnes det ikke mange nok undersøkelser innenfor en enkelt sykdomsgruppe til å kunne slå fast at healing har en sikker effekt. Enkeltundersøkelser synes å vise at healing kan påvirke cellekulturer med kreftceller i reagensglass, men det finnes ingen gode undersøkelser som viser effekt av healing på kreftsyke. Det er nå satt i gang undersøkelser som blant annet skal forsøke å klarlegge om fjernhealing kan ha effekt på pasienter med hjernekreft som også får strålebehandling. Mange healere forsøker å gi sine pasienter en større grad av fred og åndelig velvære. En undersøkelse fra New York blant svært alvorlig syke kreftpasienter, viste at et styrket åndelig velvære bedret deres livskvalitet i livets slutfase (McClain 2003). Innen sykepleierfaget har man siden 1972 brukt begrepet terapeutisk berøring, også kalt terapeutisk touch eller bare forkortet TT. Det var to amerikanske sykepleiere som utviklet metoden inspirert av gamle indiske berøringsteknikker, og metoden har også blitt brukt ved norske sykehus for eksempel Radiumhospitalet. Healing er populært i England der medlemmer av det

engelske healerforbundet i flere år har behandlet pasienter på sykehus. Ved Bristol Cancer Help Center i England har pasientene helt siden starten fått tilbud om healing parallelt med andre behandlingsformer.

Homøopati

Innen homøopatien benyttes svært fortynnede legemidler og det riktige legemiddelet velges ikke ut fra bestemte sykdommer, men basert på pasientenes individuelle symptombilde. Fortynningen av legemidlene foregår etter bestemte prinsipper som kalles potensering, der løsningen rystes mellom hver fortynning. Både homøopater og representanter for konvensjonell medisin er enige om at molekylene fra det opprinnelige stoffet forsvinner med potenseringen, slik at det til slutt statistisk sett ikke finnes molekyler igjen i vannet. Homøopatene hevder likevel at løsningen inneholder en informasjon som levende organismer kan reagere på. Aarbakkeutvalget fant over 1000 vitenskapelige publikasjoner om homøopati, hvorav ca 200 kontrollerte studier på mennesker. Ingen av disse omhandlet behandling av kreftpasienter. Etter dette er det publisert flere undersøkelser som tyder på at homøopatisk behandling kan være nyttig ved stråleskadet hud, hetetokter, smerter, angst, stress samt nedsatt tarmfunksjon etter operasjon. Undersøkelsene er referert i de engelske "National Guidelines for the use of Complementary Therapies in Supportive and Palliative Care" og det finnes også flere rapporter om enkelttilfeller der homøopatisk behandling synes å ha vært nyttig (Grimmer 1983). Det er registrert svært få bivirkninger forbundet med homøopatisk behandling og legemidlene selges derfor reseptfritt fra apotek.

Kunstterapi

Flere sykehus og alternative sentra har god erfaring med ulike former for kunstterapi for å lindre psykiske belastninger og uttrykke følelser som det kan være vanskelig å finne ord til. Det bør være enkle teknikker, for eksempel fingermaling og strektegninger, som ikke setter store krav til tekniske ferdigheter. Antroposofiske sykehus, som for eksempel Vidarkliniken i Sverige og Lukasklinikken i Sveits, legger forholdsvis stor vekt på kunstterapi. Ved Oslo Kreativitetssenter ble det regelmessig brukt fingermaling kombinert med samtaler for hjelpe pasienter med å bearbeide sine tanker og bekymringer, som blant annet beskrevet av Runa Helmersen i boka "Gjennom bildene" (Helmersen 1992).

Massasje

Massasje tilbys ved flere sykehus som behandler kreftsyke og det er rapport effekter på angst, smerte og anspenthet (Weiger 2002). Metoden regnes som den mest benyttede del av KAM blant folk flest i en fersk spørreundersøkelse fra 2007 (NIFAB 2007). Behandlingen kan også gis til pasienter som er sengeliggende og behandlingen er lite kontroversiell. Det er ikke vist at massasje kan være skadelig på noen måte, men generelt anbefales det at man ikke masserer direkte på svulster eller forstørrede lymfeknuter. Fotmassasje har også gitt gode resultater i enkelte undersøkelser (Grelish 2000).

Mosjon

Den helhetlige tankegangen som ligger bak KAM inkluderer også mosjon og spenner fra turer i naturen til metoder som tai chi og qigong. Sistnevnte stammer fra Kina og består av et sett bevegelser som skal stimulere flyten av energi i kroppen. Qigong inkluderer i tillegg pusteøvelser. I Kina anbefales qigong for å styrke energien og allmenntilstanden hos kreftpasienter. Fordelene med metoder som tai chi og qigong er at de er lite anstrengende for kroppen og krever lite plass og utstyr. Undertegnede besøkte Kina i 1992 og besøkte grupper av kreftpasienter som hver morgen gjorde qigong i Beijings parker, ofte ledet av en tidligere kreftpasient. Stadig flere undersøkelser viser at mosjon kan virke forebyggende på kreftformer som for eksempel prostatakreft, brystkreft og tykktarmskreft (Thune 2001). Flere undersøkelser har også vist en positiv effekt på velvære, funksjon og livskvalitet hos pasienter som allerede har fått kreft. Bevegelse og trening har dessuten en gunstig effekt på immunsystemet og motvirker smerter. Vi har ingen data som viser at mosjon kan påvirke forløpet av selve sykdommen.

Musikkterapi

Musikkterapi utøves ofte av spesielt utdannede terapeuter, men kan også brukes i sin enkleste form som en ferdig innspilt CD til bruk under strålebehandling og infusjon av cellegift. Særlig ved lindrende omsorg har musikkterapi vist seg å være nyttig og flere undersøkelser har vist effekt på tilstander som angst, depresjon og smerte (Smith 2001). På samme måte som kunstterapi ser det ut som om musikken når inn til våre følelser på en annen måte enn ord og virker forløsende og harmoniserende på kropp og sinn. Musikkterapi er et av tilbudene man har god erfaring med fra sykehus i utlandet og den norske legen Audun Myskja har gjennom boka "Den musiske medisin" (Grøndahl Dreyer 1999) gjort metoden kjent i Norge.

Dietter og kosttilskudd

Et kosthold rikt på frukt og grønnsaker danner basis i forebygging og behandling av kreft innenfor KAM. Innen den etablerte medisin har man i løpet av de siste 50 år beveget seg fra oppfatningen om at kosthold ikke har noe med kreftforekomst å gjøre, til en oppfatning om at kosthold spiller en stor rolle ved 30-70 % av alle kreftsykdommer. Statlige anbefalinger om "fem om dagen" viser at offentlige myndigheter har i stadig større grad nærmet seg rådene som frisksport- og helsekostbevegelsen hevdet allerede i mellomkrigstiden.

Kosten kan tenkes å ha en betydning for kreft på flere måter:

- forebygge kreft
- redusere bivirkninger av kreftbehandling
- påvirke utviklingen av sykdommen
- hindre tilbakefall

Forskjellen i oppfatning er at tilhengere av KAM mener at et kosthold basert på grønnsaker og frukt ikke bare har betydning for forekomst av visse typer kreft, men også kan hjelpe pasienter som allerede er syke og hindre tilbakefall av sykdom. Teorien bak dette er bygget på antagelsen om at de ingrediensene som hindrer kreft i å oppstå (primærprevensjon), også kan hindre tilbakefall og spredning

(sekundærprevensjon). Dette gjelder viktige vitaminer, mineraler og bioflavonoider (antioksidanter) samt andre aktive substanser i mat som kan virke krefthemmende. Et eksempel på dette er soyaprotein, som inneholder de krefthemmende stoffene diadzein og genistein, som virker både som antihormoner og gjennom flere andre mekanismer, såkalte aromatasehemmere (Griffith et al. 1996). Undersøkelser viser dessuten at kreftpasienter har lavere blodverdier enn andre av antatt kreftforebyggende næringsstoffer (Torun 1995).

Dietter

Alternative dietter er en lite homogen gruppe, og ofte sammensatt på bakgrunn av en bestemt filosofi, der mennesket sees som en del av naturen og miljøet. De vanligste anbefalte kosthold er:

- Makrobiotikken har sine røtter i Japan, og dietten tar utgangspunkt i bl.a. kinesisk filosofi (yin-yang).
- Gersondietten består av store mengder frukt- og grønnsakjuice og ble utformet av en tysk lege som etablerte en klinikk i Mexico.
- Vegetar/vegankost, som er vanlig i skandinavisk tradisjon, for eksempel gjennom Kristine Nolfi og Julia Vøldan fra Danmark.

Det gis til dels motstridende råd innenfor de ulike kostholdsretningene, noe som kan oppleves som frustrerende for kreftpasienter. Det vil føre for langt å beskrive hver enkelt diett, men vi kan likevel trekke frem noen likhetspunkter:

- 1 Alle mener at kosthold er viktig i kreftbehandling.
- 2 Alle fraråder inntak av kjøttprodukter.
- 3 Alle anbefaler et høyt fiberinntak.
- 4 Alle anbefaler økologisk dyrket mat.
- 5 Alle fraråder raffinerte karbohydrater som sukker og hvitt mel.
- 6 Alle fraråder stimulanser.
- 7 De fleste anbefaler råkost (ikke makrobiotikken).
- 8 De fleste fraråder fett.
- 9 De fleste er positive til tangprodukter.
- 10 De fleste anbefaler et høyt væskeinntak.

Disse punktene utgjør kjernen i kostholdsbehandling av kreft og vil for de fleste mennesker medføre en forbedring av deres tidligere kosthold. Makrobiotisk kost vil på grunn av sitt høye innhold av soyaprodukter og isoflavoner, teoretisk direkte kunne påvirke utviklingen av for eksempel prostatakreft. Vi ser også at det er en nokså stor grad av sammenfall på de viktigste punktene (1–6). Forskere over hele verden er enige om at dette er faktorer som forebygger kreft. Farene ved ekstreme kostråd er at pasientene taper livskvalitet og har konstant dårlig samvittighet for at de ikke klarer å følge de strenge kostrådene. Dessuten er ensidig vegetarisk diett energifattig og inneholder lite vitamin D og B12.

Vitaminer, mineraler og sporstoffer

I en anonym norsk spørreundersøkelse fra 2006 blant 149 kreftpasienter svarte 56 % at de brukte produkter fra helsekostmarkedet og i gjennomsnitt to produkter hver. Over halvparten (53 %) trodde produktene kunne være nyttige for å styrke

immunforsvaret, mens et mindretall (18 %) trodde produktene kunne bidra til å hemme eller helbrede kreftsykdommen. Tre av fire ønsket bedre informasjon, først og fremst gjennom helsevesenet. En tredel hadde snakket med legen sin om bruken, men bare 8 % mente de hadde nytte av dette (Johansen 2006).

I alternativ kreftbehandling brukes ofte vitaminer, mineraler og sporstoffer aktivt for å styrke organismen. Dette hevdes å hjelpe pasientene på flere områder gjennom følgende mekanismer:

- kompensere for lavt inntak pga. kvalme og anoreksi (alle)
- øke avgiftningen av organismen (selen, sink)
- styrke immunforsvaret (vitamin C, E, selen og sink)
- minske bivirkninger av strålig og cellegift (vitamin E og Q 10)
- påvirke kreftcellene direkte (vitamin C og D, selen)

Disse effektene oppnås ofte ved å gi langt større doser enn anbefalt av myndighetene. Mye tyder på at et for lavt inntak av antioksidanter gjennom mat disponerer for kreftutvikling og vi vet at mange kreftpasienter ikke får i seg nok vitaminer og mineraler under behandlingen. Stråling og cellegift fører til et betydelig oksidativt stress på organismen, og de friske cellene blir også lidende. Ved å tilføre antioksidanter mener mange leger at effekten av behandlingen kan svekkes og advarer pasientene mot å ta tilskudd under pågående behandling. Undersøkelser viser at flere næringsstoffer virker sammen (f.eks. vitamin E og selen), og at ved å kombinere ulike kosttilskudd kan dette reduserer bivirkninger av høye doser (som vitamin A og E gitt samtidig). Foruten vitaminer og mineraler kan det gis tilskudd av bestemte fettsyrer (omega 3), melkesyrebakterier og fiber. Tilskudd av omega 3 fettsyrer har i enkelte undersøkelser vist seg å kunne motvirke avmagring hos kreftsyke. Cellegift og stråling kan skade den normale tarmbakteriefloraen som er en del av vårt immunsystem. Tilskudd av melkesyrebakterier vil kunne bygge opp igjen denne og forebygge fordøyelsesplager. Fibertilskudd binder avfallsstoffer i tarmen og fra lever slik at disse kan fraktes ut av kroppen. Sammen med rikelig væskeinntak og leverstyrkende urter kan det underlette kroppens avgiftning i forbindelse med kreftbehandlingen. Store studier ved bruk av vitaminer (betakaroten og antioksidanter) for å forebygge kreft har gitt motstridene effekter. En større kinesisk studie viste at tilskudd av antioksidanter virket kreftforebyggende, men en finsk studie av 30.000 røykere viste at kunstig betakaroten ikke virket forebyggende på utviklingen av lungekreft. I dag foregår store studier som omfatter ca 60.000 pasienter i Europa og USA, som undersøker om tilskudd av selen, alene eller i kombinasjon med andre antioksidanter, kan forebygge kreft. Foreløpige resultater virker svært lovende (Moesgaard 2003). De siste årene har det kommet flere såkalte metaanalyser som har forsøkt å summere dataene fra mange vitaminstudier, men problemet er den store ulikheten mellom de forskjellige studiene. Noen bruker naturlige vitaminer, andre buker kunstige vitaminer. I enkelte studier studeres et vitamin alene, andre ganger blir det brukt en kombinasjon av flere vitaminer og mineraler. I følge professor Kedar Prasad fra University of Colorado, har antioksidanter også andre gunstige effekter som at de påvirker celledeling og styrker immunforsvaret (Prasad 1999, 2002). Han anbefaler daglig en kombinasjon av: Vitamin C 8 gram, Vitamin E 800 IE og betakaroten (naturlig) 60 mg dgl under pågående behandling og deretter halv dose tatt forebyggende.

Enkelte studier har vist at vitamin E i store doser kan hindre skader på hjertet og nervesystemet hos kreftpasienter som gjennomgår cellegiftbehandling (Pace 2002).

Antioksidanter

Mye tyder på at et lavt inntak av antioksidanter gjennom mat disponerer for kreftutvikling og vi vet at mange kreftpasienter ikke får i seg nok vitaminer og mineraler under behandlingen. Stråling og cellegift fører til et betydelig oksidativt stress på organismen, og de friske cellene blir også lidende. Flere mikronæringsstoffer virker sammen (f.eks. vitamin E og selen). Resultatene fra store undersøkelser om forebygging av kreft med kosttilskudd har vært motstridende, og det synes klart at kunstige vitaminer gitt alene, ikke gir de samme resultatene som vitaminer inntatt gjennom maten. Fra Kina ble det rapportert at antioksidanter kunne forebygge kreftutvikling hos flere tusen pasienter med dårlig ernæringsstatus, mens en undersøkelse fra Finland viste en økning i antall lungekrefttilfeller i en gruppe storrøykere som fikk store doser kunstig betakaroten daglig. Stadig flere forskere er kritiske til hvordan studiene er gjennomført og mener man bør være mer nøye med studiedesign for å kunne oppnå effekt (Hercberg 2004). Store grupper av personer med ulik ernæringsstatus har fått kosttilskudd uten å undersøke om de faktisk mangler mikronæringsstoffer og man har heller ikke målt deres antioksidant kapasitet, som i dag enkelt kan gjøres med laboratoriemetoder. Det er gitt både enkelttilskudd og kombinasjoner av ulike vitaminer og mineraler. Noen studier har undersøkt kunstige kosttilskudd, andre naturlige varianter. Det er ikke gjort fase I og II studier før studiene er satt i gang og det er mange ganger ikke gjort farmakologiske studier av den aktuelle sammensetningen (Forman 2004). Når man til slutt slår resultatene av disse studiene sammen i meta-analyser, vil det være som å sammenligne epler og pærer og vurdere gjennomsnittet.

Det er også ulike oppfatninger om nytten av antioksidanter til kreftsyke under pågående behandling, selv om de fleste studiene viser positive effekter og at kosttilskudd kan øke virkningen av standard kreftbehandling. Ved strålebehandling og cellegiftbehandling med alkylerende stoffer (doxorubicin, mitomycin-c og mitoxantrone), kan oksidativ skade av kreftcellene være en del av virkningsmekanismen. Inntak av store doser antioksidanter kan derfor teoretisk motvirke behandlingen. Enkelte onkologer (D'Andrea 2005) advarer derfor mot tilskudd av antioksidanter, men andre forskere mener at antioksidantene faktisk øker effekten av behandlingen (Jaakkola 1992, Prasad 2002, 2004, Kennedy 2004). I følge professor Prasad, som i mange år har gitt antioksidanter til kreftpasienter ved radiologisk avdeling ved University of Colorado, har antioksidanter også andre gunstige effekter som at de påvirker cellemodning og styrker immunforsvaret. Per i dag har vi ikke tilstrekkelig antall kliniske undersøkelser til å anbefale eller fraråde bruken av antioksidanter under pågående kreftbehandling.

Vitamin C

I flere tiår har vitamin C vært et populært kosttilskudd blant kreftpasienter, ikke minst takket være nobelprisvinner i kjemi Linus Pauling. Han var en ivrig forkjemper for vitamin C og sammen med kirurgen Ewan Cameron ga han 10 gram vitamin C daglig til et utvalg skotske kreftpasienter. Disse pasientene var alle alvorlige syke av langtkommen kreft og Pauling observerte at mange levde lenger med sin sykdom i

forbausende god helse. Amerikanske forskere forsøkte å etterprøve Paulings resultater i to undersøkelser der man ønsket å se om vitamin C tilskudd kunne redusere størrelsen på svulster med mer enn halvparten i en begrenset tidsrom. Dette ga ingen sikker effekt og en heftig diskusjon fulgte, der Pauling hevdet at han hadde brukt vitamin C som støttebehandling, og ikke som alternativ til cellegift. I den senere tid har andre rapportert om tumor reduksjon ved intravenøs bruk av vitamin C i doser opptil 75 gram per døgn, der man oppnår konsentrasjoner av vitamin C i blodet som er langt høyere enn det som er mulig å oppnå gjennom per oralt inntak (Padayatty 2004). Dette kalles farmakologisk bruk av vitamin C og helt ferske studier synes å bekrefte at dette er en lovende behandling (Padayatty 2000). En hypotese er at vitamin C gir en økning av hydrogenperoksid inne i kreftcellene, som igjen kan føre til celledød (Chen 2005). Det er publisert kasuistikker som tilsynelatende viser en meget god effekt på langtkomne kreftpasienter ved intravenøs bruk (Padayatty 2006).

Coenzyme Q₁₀

Coenzyme Q₁₀ ble først isolert i 1957 og på begynnelsen av 1960-tallet fant man lave verdier i blodet hos svenske og amerikanske kreftpasienter med brystkreft, lungekreft, myelom og lymfom. Som navnet tilsier er dette et koenzym som understøtter ulike kjemiske reaksjoner i kroppen og er viktig på følgende områder:

- Energiproduksjon
- Antioksidant
- Stimulerer immunsystemet
- Beskytter hjertet mot skader fra cellegift

Forskning har bekreftet flere av de gunstige effektene i dyreforsøk, men studier på mennesker er mangelvare. En ublindert dansk undersøkelse av 32 brystkreftpasienter med spredning viste svært oppløftende resultater (Lockwood 1994). Pasientene fikk 90 mg Q₁₀ daglig sammen med antioksidanter og essensielle fettsyrer. I løpet av en periode på 18 mnd viste alle pasientene en bedre livskvalitet enn forventet og ingen av pasientene var døde (statistisk var det ventet 4 dødsfall). Noen av pasientene syntes å ha et usedvanlig positivt sykdomsforløp med bl.a. tilbakegang av levermetastaser etter å ha blitt gitt store doser Q₁₀ (3-400 mg/dg). Resultatene er foreløpig ikke bekreftet av andre undersøkelser.

Akupunktur

Tradisjonell kinesisk medisin (TKM) består bl.a. av akupunktur, urtemedisin og massasje. I kreftbehandling brukes akupunktur, både i Kina og i verden for øvrig, primært som støttebehandling. Særlig gode erfaringer har man når det gjelder behandling av smerter og kvalme, der det også finnes mange vitenskapelige undersøkelser. Foruten tradisjonell nåleakupunktur brukes TNS (transkutan nervestimulering) og akupressur. De sistnevnte metodene kan pasientene benytte selv ved at elektroder limes på huden og kobles til en impulsgenerator, eller i form av armbånd med spesielle trykkinnretninger (Sea-Band). Akupunktur gis vanligvis 1–2 ganger per uke, mens TNS og trykkarmbånd kan brukes daglig. De siste årene har en variant av akupunkturen, ECIWO-akupunktur, fått økende utbredelse. Teknikken bygger på et biolografisk prinsipp (hele kroppen gjenspeiles i dens deler) og konsentrerer seg særlig om en sone mellom tommel og pekefinger. Andre teknikker

som bygger på samme prinsipp er øreakupunktur og skalleakupunktur. I dag har flere sykehus tilbud om akupunkturbehandling knyttet til smerteteam eller gitt av jordmødre på fødeavdelinger.

Det finnes en rekke undersøkelser som viser effekt av akupunktur ved smertebehandling. For pasienter som responderer på behandlingen, kan det bety at de slipper bivirkningene som følger bruken av smertestillende medikamenter. En engelsk undersøkelse av 183 kreftpasienter med smerter viste at 52 prosent hadde betydelig effekt av akupunkturbehandling. De fleste hadde nytte av behandling med 1–2 ukers intervall. Mange fikk også bedret sin blodsirkulasjon slik at sår etter strålebehandling kunne heles. Pasientene oppga at de opplevde en bedre livskvalitet med færre bivirkninger ved akupunktur sammenlignet med morfin, selv om morfina ofte ga en bedre smertestillende effekt (Filshie 1985). Mer enn 30 kontrollerte studier viser effekt av akupunktur og akupressur mot kvalme. I en gjennomgang for den svenske Sosialstyrelsen hevder professor Sven Andersson at akupunktur er like effektivt som medikamenter ved kvalmebehandling og bør innføres som en del av den ordinære behandling (Andersson 1991). Aarbakkeutvalget (NOU 1998:21) konkluderte også med at akupunktur var dokumentert effektivt mot kvalme. I mange av undersøkelsene har man kun brukt ett eneste punkt, Neiguan eller P6, på underarmen. Behandlingen er enkel å lære også uten forkunnskaper i akupunktur, og pasientene kan behandle seg selv ved hjelp av spesielle armbånd (Sea Band).

Haibrusk

Haier utvikler sjelden kreft, selv om mange individer lever i forurensede områder som havnebassenger i storbyer etc. Noen mener årsaken er at haieren har et spesielt utviklet forsvar mot kreft, og i de senere årene har produkter basert på haibrusk fått økende popularitet. Enkelte kilder hevder at haibrusk inneholder stoffer som hindrer kreftceller i å utvikle sin egen blodforsyning (angiogenese) (Lee 1983). For at haibrusk skal ha effekt, hevder tilhengerne at man bør innta opptil 18 kapsler (70 gram) om dagen over minimum 5 måneder.

Undersøkelser viser at haibrusk inneholder minst tre ulike stoffer som hindrer nydannelse av blodårer (angiogenese). Brusken inneholder blant annet stoffer som kalles glykosaminoglykaner og den mest kjente er kondroitinsulfat, som også brukes ved slitasjegikt innen både veterinær- og humanmedisinen. Haibrusk kan enten inntas som flytende, i kapsler eller som klyster. Mange er imidlertid skeptiske til haibrusk og stiller spørsmål ved om brusken i det hele tatt tas opp av tarmen (Hunt 1995).

Etter som det er usikkert i hvilket omfang tilskuddene opptas i tarmen har man derfor i noen studier gitt haibrusk som injeksjoner. Til sammen ni undersøkelser på mer enn 500 kreftpasienter er publisert og tre av disse i vitenskapelig anerkjente tidsskrifter. Studiene omfatter både fase I og fase II undersøkelser. Flere større undersøkelser er underveis som en del av den amerikanske satsningen på dokumentasjon av supplerende kreftbehandling. Resultatene fra de første studiene viser lav bivirkningsfrekvens og at enkelte pasienter får en forbigående tilbakegang av sykdommen, mens andre kan få en periode med liten sykdomsutvikling (Simone 1998). Best respons er sett ved produktet Catrix som settes som sprøyter under huden.

For oppdateringer om forsøkene som pågår i USA kan man lese mer på:
www.cancer.gov/cancertopics/pdq/cam/cartilage/

Negative effekter av KAM

Mange former for KAM har karakter av støttebehandling, som har som målsetning å gi avslapning og økt livskvalitet. Eksempel på slike metoder er aromaterapi, massasje og ulike former for kunstterapi. Disse metodene er lite kontroversielle. Andre metoder involverer strenge dietter, injeksjoner og store doser kosttilskudd, som i enkelte tilfelle har som mål å påvirke selve sykdomsforløpet. Disse metodene kan også være forbundet med bivirkninger og i utgangspunktet er det viktig å få vite om pasientene bruker slike behandlingsformer, da de kan influere den onkologiske behandlingen. Nedenfor er det gitt eksempler på negative virkninger av KAM:

Mulige negative virkninger av KAM

- Allergiske reaksjoner – aktuelt ved urter og injeksjoner
- Økonomisk belastning – behandlingen kan koste flere tusen kroner per måned
- Tapt tid med familie og venner – ved behandling i utlandet
- Skyldfølelse – ved å ikke prøve ”alt” eller å ikke klare å bli frisk
- Mangelsykdommer – strenge dietter kan gi ernæringsmangler
- Nedsatt livskvalitet – se eget avsnitt

KAM og livskvalitet

Man har tidligere gått ut fra at pasienter som bruker KAM opplever en styrket livskvalitet og at de ulike behandlingsformene ikke reduserte overlevelse eller svekket resultatene fra onkologisk behandling. En undersøkelse av Risberg og Kolstad fra Tromsø av 229 pasienter, viste at 57 prosent av de som benyttet KAM, i motsetning til 20 prosent av ikke-brukere, opplevde psykiske plager (Risberg 2003). Enkelte undersøkelser av amerikanske kreftpasienter har vist tilsvarende resultater. Det er flere tolkningsmuligheter. På den ene siden kan det tenkes at KAM er besværlig for pasientene og medfører nedsatt livskvalitet og kanskje også økt dødelighet. En annen tolkning er at pasienter som har en mer alvorlig sykdomsgrad i større grad benytter KAM og at de er flinkere til å uttrykke sin misnøye. Det er derfor viktig å undersøke hvordan bruken av KAM påvirker livskvaliteten og effekten av de ulike behandlingsformene. Ut fra en holistisk tankegang vil bruk av KAM som fører til nedsatt trivsel og dårlig livskvalitet kunne motvirke eventuelt positive effekter av behandlingen. En dansk spørreundersøkelse av 441 kreftpasienter fra 2004 viste at flertallet (68 %) opplevde en bedring i livskvalitet, energi (57 %), fysisk helse (54 %) og smerter (45 %). Et individuelt behandlingsopplegg ut fra pasientenes ønsker og behov så ut til å gi bedre resultater enn et standardisert behandlingsopplegg (Rønnev 2004).

GRØNNE PAVILJONGER I UTLANDET

Kina

I land som Kina og India har man hatt gamle medisinske tradisjoner som har fått renessanse og eksisterer i dag side om side med et vestlig helsevesen. Kommunistpartiet i Kina nedsatte i 1949 en komité som skulle vurdere effekten av tradisjonell kinesisk medisin (TKM) ved visse sykdommer. Landet hadde et relativt lite antall leger (ca 30.000) sett i forhold til en befolkning på ca 600 millioner innbyggere. Formann Mao bestemte da at tradisjonelle behandlere skulle få et kurs i vestlig medisin og fortsette å behandle tilstander de tidligere hadde behandlet. Disse ble kalt "barfotleger" fordi befolkningen på landsbygda gikk som oftest uten sko. Et av hjelpemidlene barfotlegene fikk var en tykk bok kalt "The barefoot doctors manual" som beskriver behandlingen av en rekke lidelser med plantemedisin og enkle hjelpemidler. På denne måten skaffet myndighetene seg en allianse med mange hundre tusen behandlere som baserte sin praksis på TKM. Eksperimentet var vellykket og kun et mindre antall pasienter ble henvist til "western doctors" av barfotlegene. Komiteen som skulle vurdere TKM, konkluderte i 1957 at tradisjonell behandling på mange områder kunne være nyttig og Kina bestemte seg så for at TKM skulle få eksistere parallelt med moderne medisin. Derfor finnes i dag to parallelle medisinske systemer og i mindre grad en sammensmelting av disse. Kinesiske pasienter som ønsker behandling med TKM gjør dette på egne sykehus og poliklinikker som også er offentlig støttet. Det er lite samarbeid mellom de to delene av helsevesenet som utvikler seg på egne premisser.

Norge har siden 1999 hatt en samarbeidsavtale vedrørende helse med Kina og fra 2004 innen tradisjonell medisin som ble undertegnet i forbindelse med den kinesiske helseministerens besøk i Norge. En gruppe fra Aarbakkutvalget og tidligere helseminister Dagfinn Høybråten har også besøkt Kina for å lære mer om TKM. Samarbeidet på dette området koordineres i dag gjennom NAFKAM ved universitetet i Tromsø. To norske akupunkturskoler har et fast samarbeid med kinesiske akupunkturlæresteder knyttet til sykehus i henholdsvis Nanjing (Nordisk akupunkturhøyskole) og Beijing (Norsk akupunkturhøyskole). Flere norske delegasjoner med helsepersonell og politikere har besøkt Kina for å studere TKM. Enkelte norske kreftpasienter har reist til Kina og fått behandling, hovedsakelig med urter, av leger som arbeider med TKM. Enkelte av disse legene har også besøkt Norge og har hatt konsultasjoner med pasienter her. Videre kontakt foregår deretter via internett og at pasientene reiser til Kina 1-2 ganger per år.

India

India er et multikulturelt og svært sammensatt samfunn uten den form for sentralstyring vi har sett i Kina. Her eksisterer for eksempel Ayurvedisk og homøopatisk medisin sammen med en rekke andre medisinske behandlingstilbud. For indere er det også et stort poeng at behandlingen er billig og tilgjengelig da brukt av vestlig høyteknologi og legemidler fra multinasjonale farmasøytisk industri er økonomisk uoverkommelig for de fleste indere. I stedet for to parallelle systemer, som i Kina, finnes i India et konglomerat av ulike behandlingstilbud. Aarbakkutvalget

besøkte Kina og India i forbindelse med sin rapport om alternativ medisin (NOU 1998:21). For indere flest er valget av behandling først og fremst et økonomisk spørsmål og dernest et spørsmål om man i tillegg ønsker støttebehandling. I sistnevnte tilfelle finnes både privat praktiserende leger og egne sykehus som tilbyr KAM.

Tyskland

Tyskland har sterke tradisjoner for kostholdsbehandling og bruk av KAM gjennom sine kurbad. Mange universiteter underviser i urtemedisin og tyske legers forening for erfaringsmedisin (Ärztegesellschaft für Erfahrungsheilkunde) som ble etablert i 1967 er Europas største forening for leger med interesse for KAM. Mange tyskere reiser hvert år til kurbad for å spise sunt, få fysikalsk behandling, trening og urtekurer. En rekke stedsnavn som begynner med "Bad" i den sydlige del av landet minner om dette. Noen av disse byene er bygget omkring varme kilder, såkalte "Thermalbad", som har eksistert siden romertiden. Baden Baden, som ligger ved Schwarzwald, er den mest kjente av disse kurbyene. Her samles flere hundre leger med interesse for KAM hvert år i november til den såkalte "Medisinische Woche", der det er en rekke foredrag om alternativ kreftbehandling. Det finnes en egen legeförening i Tyskland for leger med interesse for KAM i kreftbehandling. I stedet for grønne paviljonger på sykehus finnes det egne kombinerte klinikker, som tilbyr en kombinasjon av moderne medisin i form av kirurgi, cellegift og hyperthermi (varmebehandling) kosttilskudd, immunstimulerende urter og avgiftning. En av de klassiske tyske klinikker ble drevet av dr Josef Issels, som hadde pasienter fra hele verden, også fra Norge. Her fikk oppgitte kreftpasienter et tilbud bestående av psykoterapi, feberterapi, kosttilskudd, vaksiner og oksygenbehandling. Hos enkelte pasienter anbefalte Issels å fjerne mandler og betente tenner da disse ble sett på som en belastning på immunsystemet. Enkelte klinikker har spesialisert seg på å operere pasienter som ikke har fått noe tilbud i Norge, men dette kan neppe regnes å være KAM, men snarere eksperimentell kirurgi. I dagens Tyskland tilbys KAM fra noen klinikker som for eksempel Veramed og Klinik St Georg, og fra privatpraktiserende spesialister som for eksempel dr Heiny og professor Klippel. Sistnevnte praktiserer til daglig som overlege ved Allgemeine Krankenhaus i Celle, som er et offentlig drevet sykehus. Her får pasientene ut fra en individuell vurdering et behandlingsopplegg bestående av tradisjonell onkologisk behandling og KAM. Legene prioriterer bruk av metoder som i minst mulig grad reduserer pasientenes immunapparat og livskvalitet. Derfor velges ofte cellegifter med lav bivirkningsfrekvens eller disse gis i større konsentrasjon nær kreftsvulstene som direkte i leverens blodårer eller som skylling av bukhinnen.

England

England har sterke tradisjoner når det gjelder healing og det engelske healerforbundets medlemmer har i mange år fått behandle pasienter som har ligget på sykehus. Forutsetningen for å få lov til å behandle inneliggende pasienter er at de ikke blander seg i pasientenes behandling eller diagnostisering. I 1983 ble Bristol Cancer Help Center åpnet med følgende tilbud til kreftpasienter, som oftest ble på senteret en uke:

- Stresskontroll inkludert meditasjon
- Ernæring som bestod av vegetarisk kost
- Kosttilskudd i form av vitaminer, mineraler og urter
- Visualisering med veiledning å lage indre bilder
- Trening inkludert yoga og Tai chi
- Kreativitet teknikker som maling etc.
- Healing

Bristol Cancer Help Center har også blitt brukt til opplæring av helsepersonell, i særdeleshet sykepleiere, innen bruk av KAM til kreftpasienter. Hammersmith Hospital, som nå er sammenslått med Charing Cross Hospital, har hatt et tilbud om KAM siden 1992. Professor Karol Sikora tok initiativet til dette etter å ha registrert økende etterspørsel fra pasientene. Behandlingstilbudene i dag omfatter massasje, refleksologi, aromaterapi og kunstterapi. Staben består av åtte personer hvorav fem er sykepleiere og lederen Lucy Bell, har vært ansatt ved sykehuset fra 1994. Behandlingen dekkes delvis av NHS (National Health Service) og delvis av fondsmidler. I år 2000 vant avdelingen ved sykehuset en pris som deles ut av engelske helsejournalister for beste komplementære behandlingstilbud. Det engelske kongehuset har tradisjonelt vært positive til KAM og det var prins Charles som åpnet Bristol Cancer Help Center og etablerte en stiftelse i 1993 for å fremme kunnskapen om KAM og samarbeidet med den etablerte medisin. Stiftelsen "The Prince of Wales's Foundation for Integrated Health" har blant annet utgitt nasjonale retningslinjer for bruk av KAM innen kreftomsorg (2003) i kjølvannet av the House of Lords Report on Complementary and Alternative Medicine fra 2000. Rapporten heter "National Guidelines for the use of Complementary Therapies in Supportive and Palliative Care" og omtaler mange ulike behandlingsformer og deres eventuelle rolle i behandling av alvorlig syke og døende (se: www.fih.org.uk/).

Polen og Mexico

Det er blitt etablert sykehus som har spesialisert seg på KAM i Mexico og et av disse, Santa Monica klinikken, har også en avdeling i Polen. Årsaken til etableringen i disse landene, er delvis et mer liberalt lovverk som tillater bruk av KAM fra sykehus, og delvis at arbeidskraft, inkludert helsepersonell som leger og sykepleiere, er billig. Sykehusene i den nordlige del av Mexico behandler stort sett amerikanske pasienter og tilbudene omfatter alt fra ekstrem kostbehandling (Gerson klinikken) til et bredt tilbud av KAM (Santa Monica klinikken og American Biologics). Her tilbys intravenøs behandling med vitamin C og hydrogenperoksid som en del av behandlingen og sykehusene har ansatt flere leger. I Polen behandles stort sett pasienter fra mer velstående land inkludert Skandinavia.

USA

I USA har legemonopolet tradisjonelt sett vært sterkt og det har vært store juridiske problemer forbundet med utøvelse av KAM. Flere leger som har tilbudt KAM har opplevd rettsforfølgelse og å få sine klinikker stengt av myndighetene. De siste ti år har det skjedd en betydelig endring i bruk og holdninger overfor KAM. I dagens USA er det flere konsultasjoner per år hos utøvere av KAM enn hos allmennpraktikere i følge spørreundersøkelser. Mange forsikringsselskap dekket utgiftene til KAM, som ofte faller rimeligere enn behandling innen den private delen av helsevesenet.

De fleste universiteter har i dag egne undervisnings og forskningsprogrammer innen KAM, noe som skyldes at universitetene er i en konkurranse-situasjon med hverandre om studenter og pasienter. Det ansees som positivt for både sykehus og universiteter å ha tilbud innen KAM. En annen viktig faktor er at det er avsatt betydelige økonomiske midler til forskning innen KAM, inkludert et eget forskningsprogram om bruk av KAM ved kreft. Dette administreres dels gjennom NIH (National Institutes of Health) og del via NCI (National cancer institute). Harvard er et av universitetene som i dag satser sterkt på KAM og Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) i New York har i dag en egen avdeling for "Integrative medicine". MSKCC regnes for være et av de mest konservative og prestisjetunge amerikanske institusjonene for kreftforskning og kreftbehandling. Her tilbys pasientene akupunktur, Tai chi, rådgivning innen bruk av urter og kosttilskudd, musikkterapi osv. Den norske kreftspesialisten Terje Risberg fra Tromsø har hatt et års studieopphold ved senteret, som ledes av Barrie Cassileth.

Norden

I Sverige finnes et antroposofisk sykehus (Vidarkliniken) i Järna utenfor Stockholm som også behandler kreftpasienter. Behandlingen er bygget på Rudolf Steiners tanker om mennesket som et åndsvesen og at naturen er gjennomsyret av formkrefter. Når disse formkreftene kommer ut av balanse kan det oppstå kreft. På Vidarkliniken får pasientene tilbud om kunstneriske aktiviteter, biodynamisk kost som er dyrket etter antroposofiske prinsipper, mistelteininjeksjoner, urter og homøopatiske midler. Noen svenske fylker dekker oppholdet ved Vidarkliniken for sine pasienter.

Humlegaarden den mest kjente danske klinikken som også tilbyr KAM og ledes av lege Finn Skiøtt Andersen. Her tilbys også norske pasienter opphold av to til tre ukers varighet som i sin helhet må betales av pasienten. Behandlingen består av overveiende vegetarisk kost, kosttilskudd, mistelteininjeksjoner, vaksiner og en lang rekke andre behandlingsformer.

Framtiden for grønne paviljonger i utlandet

I løpet av de siste ti år har det skjedd en økning i etablering av grønne paviljonger rundt omkring i verden. Særlig sterk har økningen vært i USA, der det for tiden er stor forskningsaktivitet for å evaluere ulike KAM tilbud. Den viktigste drivkraften er likevel ikke bevilgninger av penger til grønne paviljonger og forskning innen KAM, men det faktum at stadig flere pasienter ønsker et slikt tilbud. Kreft er en sykdom som er en stor belastning for pasienten og kreftbehandling medfører i tillegg store bivirkninger. Det er derfor ikke forbausende at pasientene ønsker å gjøre noe for å styrke kroppen og bedre sin livskvalitet. Pasientenes mulighet til å påvirke sin egen behandling er styrket gjennom de siste tiår og dette omfatter også å fravelge belastende behandling og kunne bruke KAM hvis de har ønske om dette. I Norden ligger Norge fremst både når det gjelder forskningsaktivitet innen KAM og lovregulering av dette voksende feltet. Det finnes per i dag ingen grønne paviljonger i de nordiske land, men flere sykehus som for eksempel Karolinska Institutet har forsknings- og undervisningsprogrammer innen KAM.

ALTERNATIV BEHANDLING PÅ SYKEHUS

En norsk undersøkelse viste at 27 % av alle norske sykehus kunne tilby en eller annen form for alternativ behandling (Salomonsen 2003). Sjøflegene på 105 av 112 sykehus svarte på et spørreskjema og oppga at den mest brukte metoden var akupunktur, som ble brukt ved 19 sykehus. Av andre metoder som ble brukt kan nevnes alternative kosthold, høydose vitaminterapi, Nitterkur, transkutan nervestimulering(TNS), musikkterapi og kunst- og uttrykksterapi. Noen sykehus hadde hatt tilbud om KAM helt siden 1975. Motivene for oppstart av alternativ behandling var oftest sykehusansattes sterke tro på metoden og kun i enkelttilfeller etterspørsel fra pasienter. Bakgrunnen til personellet som ga alternativ behandling var som oftest offentlig godkjent helsepersonell som jordmødre, leger og sykepleiere. Det var også behandlere som ikke var helsepersonell i utgangspunktet som akupunktører, musikkterapeuter og kunst- og uttrykksterapeuter. Mest brukt var akupunktur utført ved smerteklinikker og av jordmødre. Den såkalte "Nitterkuren" er den mest spesifikke behandlingen for kreftsyke og består i vitamin B injeksjoner, næringsstilsnitt og av og til legemidler som cyklokapron og en svak cellegift (5FU). Denne støttebehandlingen brukes etter hvert stadig mindre ettersom dr Lorentz Nitter, som ga navnet til kuren, døde for noen år siden.

Holdninger blant helsepersonell ved kreftavdelinger

En fersk norsk undersøkelse av Risberg og medarbeidere, publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforsking, beskriver holdningene blant helsepersonell til grønne paviljonger (Risberg 2004). Resultatene baserer seg på en spørreundersøkelse som ble sendt til 828 leger, sykepleiere, stråleterapeuter og kontorphersonell. Det var ansatte ved alle de fem norske sykehus med regionalt ansvar for kreftbehandling: Universitetssykehuset i Nord-Norge, St Olavs Hospital, Radiumhospitalet, Ullevål universitetssykehus og Haukeland sykehus.

På spørsmål om inneliggende pasienter burde få tilbud om KAM ved en grønn paviljong fordelte svarene seg slik:

<u>Yrke</u>	<u>Positivt svar %</u>
Lege	56
Sykepleier	92
Kontorphersonell	85
Stråleterapeut	93

Svarene var overveiende positive, der legene er minst positive, mens sykepleiere og stråleterapeuter er mest positive. Kun et lite antall (8 %) stilte seg helt negative til å gi pasientene et slikt tilbud. Forskerne bak undersøkelsen bemerker at holdningene til en grønn paviljong er overraskende positive, også blant legene.

Komplementær eller alternativ?

I en annen artikkel beskriver de samme forfatterne at legenes holdning til behandlinger de oppfatter som komplementære, er mer positive enn til behandlinger som defineres som alternative (Kolstad 2004). For å belyse denne forskjellen har forskerne definert komplementær som ”symptomlindrende behandling for å øke livskvaliteten”, mens alternativ ble definert som ”udokumentert ikke-skolemedisinsk behandling (anbefalt brukt i stedet for konvensjonell terapi) som hevdes å kunne behandle selve kreftsykdommen. Som nevnt innledningsvis, mener mange utøvere av KAM at det er umulig og kunstig å gjøre et slikt skille. Mange alternative og komplementære metoder søker å styrke hele mennesket og i mindre grad bekjempe selve sykdommen. Konsekvensen av å for eksempel styrke immunapparatet eller bedre pasientenes ”fighting spirit”, kan derfor i beste fall bedre sykdomsforløpet uten at behandleren konsentrerer seg om selve kreftsykdommen. Forutsetningen for at en pasient blir tilbudt behandling ved en grønn paviljong er at pasientene får den mest effektive behandling som sykehuset kan tilby og at tilbudet om KAM ikke er i stedet for annen virksom behandling. Det kan være tilfeller der sykehuset ikke lenger har kurativ behandling å tilby og pasienten ønsker å få behandling ved den grønne paviljongen, også etter utskrivning. I slike tilfeller kan behandling gis såfremt man har kapasitet og med den begrensning som ligger i at man ikke har egne sengeplasser å tilby.

Hvem skal betale?

På spørsmål om hvem som burde betale for behandlingen ved en grønn paviljong fordelte svarene seg slik (prosent som svarte ja):

<u>Yrke</u>	<u>Folketrygden</u>	<u>Privat helseforsikring</u>	<u>Pasienten selv</u>
Lege	47	21	49
Sykepleier	82	24	31
Kontorpersonell	84	26	30
Stråleterapeut	85	26	13

Som det fremgår av tabellen har mange krysset av for flere alternativ, men de fleste mener kostnadene bør dekkes av Folketrygden og dernest pasientene selv. Det ble ikke spurt om hvordan man ville prioritere tilbudet fra grønne paviljonger i forhold til annen kostnadskrevede kreftbehandling. Mange som arbeider på kreftavdelinger i dag opplever at de ikke har tid nok eller tilgang på all den behandling de hadde ønsket å gi sine pasienter. Med dagens knappe ressurser i helsevesenet kan det hende at personellet ved kreftavdelingene hadde prioritert andre tilbud om aktiv kreftbehandling foran en grønn paviljong.

Hvem skal bestemme behandlingen?

Det siste spørsmålet i spørreundersøkelsen dreide seg om hvem som skulle ha størst innflytelse på hvilken terapi som skal tilbys pasientene ved en grønn paviljong. Her mente legene at helsearbeiderne ved enheten (35 %), pasientene selv (13 %) eller gruppene i samarbeid (40 %) skulle avgjøre dette. Majoriteten av de andre gruppene av helsearbeidere mente avgjørelsen helst burde tas i samarbeid (60-80 %). I dag er det oftest pasienten selv som velger sin egen behandling.

UTVALG AV BEHANDLINGSMETODER OG TERAPEUTER

Det finnes flere måter å velge ut hvilke behandlingsformer som skal kunne tilbys ved en grønn paviljong. En forutsetning er at det finnes kvalifiserte utøvere som kan gi behandlingen og dette bør være personer som både har en utdanning innenfor KAM og erfaring med behandling av kreftpasienter. Det bør i tillegg være et krav at terapeutene er medlemmer av en fagorganisasjon og dermed underlagt et etisk regelverk og faglige krav. Ettersom behandling av kreft var forbudt inntil 01.01.2004 i følge Kvakksalverloven av 1936, kan det medføre praktiske vanskeligheter med å finne utøvere med erfaring fra behandling av kreftpasienter. Pasientenes egne preferanser bør stå sentralt i valget av hvilke behandlingsformer som skal tilbys. De fleste av terapiene innen KAM er ikke tilstrekkelig vitenskapelig dokumentert, med unntak av akupunktur ved smerte og kvalme, til at man kan sette krav om dette for at metoden skal kunne tilbys ved en grønn paviljong. Det finnes få sammenlignende undersøkelser mellom de ulike terapiene, slik at det i praksis er umulig på vitenskapelig grunnlag å anbefale den ene fremfor den andre behandlingsformen. Ved å basere seg på pasientenes egne valg vil det være de samme etiske problemstillingene som i dag velger behandlingsformer utenom sykehusene.

Krav til behandlere

På grunn av kreftsykdommenes alvorlige karakter, bør det kunne stilles krav til grundig erfaring med behandling av pasienter. Et annet krav bør være at behandlingen regnes for å være ufarlig og at den skal være tillatt brukt i Norge. Terapeuten er ansvarlig for behandlingen som tilbys, men så lenge pasienten er under behandling på sykehus, vil det overordnede medisinske ansvar påhvile den legen som er ansvarlig for behandling. Ved eventuelle konflikter mellom ulike behandlingsformer, skal alltid sykehusbehandlingen ha første prioritet. Utøverne av KAM må være villig til å undertegne en skriftlig avtale som regulerer samarbeidet med sykehusets personale.

Valg av dokumenterte metoder

En fremgangsmåte er å velge metoder som er vitenskapelig dokumentert eller har vist lovende resultater i kontrollerte forsøk. Sannsynligvis vil motstanden være minst og nysgjerrigheten størst fra det etablerte helsevesen ved denne strategien. Problemet er at de fleste metoder som pasientene benytter ikke er tilstrekkelig vitenskapelig dokumentert. Selv om det er stor forskningsaktivitet, ikke minst i USA, vil det ta mange år før utvalget av dokumenterte behandlingsformer når en viss størrelse. Per i dag omfatter utvalget av dokumenterte behandlingsmetoder:

- Akupunktur (smerte og kvalmebehandling)
- Aromaterapi (stress og livskvalitet)
- Kosttilskudd (vitaminer og mineraler)
- Massasje (avslapning, livskvalitet)
- Urtemedisin (kun noen få urter)

Innen behandlingsformene angitt i tabellen ovenfor er det kun noen få undersøkelser som viser effekt, slik at hoveddelen av behandlingsformene må ansees å være udokumentert i forhold til behandling av kreftpasienter. Det vil lett kunne bli en diskusjon om hva som er tilstrekkelig dokumentasjon for effekt, og hvis dokumentasjonen ansees for å være tilstrekkelig er det ikke lenger KAM behandling. Et annet problem er at de best dokumenterte behandlingsformene ikke nødvendigvis er behandlingen pasientene vil foretrekke.

Pasientens valg

Utvalget av behandlingsformer kan også baseres på pasientenes ønsker så fremt kvalifiserte behandlere kan skaffes. Bruken av KAM vil derved gjenspeile hvilke metoder kreftpasienter velger å bruke utenom sykehuset uansett dokumentasjon av effekt. De mest brukte metoder er:

- Akupunktur
- Avslapning og visualisering
- Aromaterapi
- Healing
- Homøopati
- Kostbehandling
- Kosttilskudd
- Reflekssoneterapi
- Urtemedisin

Et slikt utvalg vil kunne forsvares etisk ut fra at dette er metoder som pasienter velger å benytte og dermed er det i tråd med økt selv-bestemmelsesrett for pasientene. Problemet er at utvalget av behandlings-metoder blir en blanding av terapier som langt på vei har aksept i helsevesenet som akupunktur, aromaterapi og metoder som har liten tiltro blant leger for eksempel healing, homøopati, høydose vitaminterapi og mistelteininjeksjoner. Det vil derfor være en viss begrensning i valg av behandlingsmetoder også ut fra hva sykehusets ledelse kan akseptere. Noen behandlingsformer kan være aktuelt å gi innen rammen av kontrollerte vitenskapelige undersøkelser som må forhåndsgodkjennes av en regional etisk komité (REK).

Nødvendig å være pragmatisk

Den mest pragmatiske fremgangsform er i utgangspunktet å basere tilbudet av behandlingsmetoder på en kombinasjon av pasientenes ønsker og tilgangen på kvalifiserte behandlere, dog begrenset av en viss vetorett fra sykehusets side ved potensielt farlige metoder.

HVEM SKAL RÅDE PASIENTENE OM BEHANDLING

Kreftpasienter er ofte i villrede om hvilken behandlingsform som vil være den beste og velger ut fra omtale i media eller anbefalingen fra venner og pårørende. Det vil være mange tilfeldigheter som spiller inn for hvilke behandlingsmetoder som foretrekkes og valgene er oftest basert på et lite og tilfeldig utvalg av informasjon. Noen resurssterke pasienter benytter internett og bøker for derigjennom å skaffe seg et grundig og kunnskapsbasert fundament for valg av behandlingsmetode. På grunn av den store informasjonsmengden som ofte blir resultatet av nettbaserte søk, vil pasientene ofte ha behov for personlig rådgivning i tillegg. Undersøkelser viser også at tidligere gode erfaringer med en behandlingsform for andre lidelser enn kreft gjør at mange foretrekker denne behandling også for kreft. Erfaring fra andre pasienter vil kunne ha en stor betydning fordi eksemplets makt kan være større enn en upersonlig statistikk.

Bibliotek og internett

De fleste vil ha et behov for informasjon og kanskje også ha et visst behov for prøving og feiling før de velger behandlingsmetode(r). En fremgangsmåte kan være at en grønn paviljong inneholder en datamaskin med linker til ulike aktuelle internettadresser slik at pasientene selv kan søke. Det er også mulig å vise film av de ulike behandlingsmetodene i praksis. Et lite bibliotek med utvalg av bøker og tidsskrifter vil også lette tilgangen til informasjon, men i de fleste tilfeller vil pasientene ofte ha behov for å snakke med andre pasienter eller en behandler. Ved å ha et felles oppholdsrom med mulighet til å samtale rundt ulike behandlingsformer og dele erfaringer med andre kan beslutninger modnes og dette kan lette eventuelle valg.

Henviste pasienter

En del av pasientene vil på eget initiativ ta kontakt med den grønne paviljongen for behandling, men noen ganger kan det være helsepersonell som ber pasienten ta kontakt. Dette forutsetter at sykehusets ansatte er orientert om de ulike behandlingstilbud som er tilgjengelige og kan plukke ut hvilke pasienter som kan ha nytte av slik behandling. Når pasienten blir henvist er det naturlig at det lages en kort skriftlig henvisning og at det gis tilsvarende skriftlig tilbakemelding etter et visst antall behandlinger eller når denne er avsluttet.

Rådgivning av behandler

Som redegjort overfor vil det ofte være nødvendig med en samtale med en kyndig person i prosessen med å velge behandling. Hvis denne personen selv er terapeut, vil vedkommende ha grundig kunnskap om sin egen behandlingsmetode, men samtidig en tendens til å favorisere denne fremfor andre behandlingsformer. Når pasienten allerede har bestemt seg for valg av behandling, vil en slik samtale kunne gi mer detaljert informasjon om terapien og konsekvensen av eventuelle valg.

Rådgivning av nøytral person

En annen modell er at en fagnøytral person har ansvar for rådgivningen. Etter en samtale med den enkelte pasient, der vedkommendes behov og forventninger kartlegges, kan det gis informasjon om hvilken behandlingsform som først bør velges og konsekvensen av denne behandling (antall behandlinger etc). En slik rådgivning krever at denne personen er godt orientert om de ulike behandlingsformene og deres virkning inkludert praktiske utførelse. Aktuelle kandidater til denne funksjonen kan for eksempel være en onkologisk sykepleier med kjennskap til KAM eller en annen person med helsefaglig bakgrunn. På denne måten ivaretas også pasientens behov for informasjon om hvordan KAM behandlingen og den ordinære behandling vil kunne kombineres. Dette er en modell som med hell er brukt i utlandet. En stilling som rådgiver vil kunne kombineres med andre funksjoner som for eksempel miljøarbeider og/eller daglig leder for den grønne paviljongen.

Rådgivning fra behandlermøte

En tredje modell for rådgivning er at pasientens tilfelle tas opp på et felles behandlermøte, der alle har anledning til å uttale seg. Forutsetningen er at pasienten gir sin tillatelse til at personlige og medisinske opplysninger diskuteres i plenum. Pasienten kan selv delta på hele eller deler av møtet. Fordelen med denne modellen er at resultatet blir en "brainstorming" hvor resultatet kan bli at flere behandlingsformer integreres. Alle bidrar til å hjelpe pasienten og slike møter vil fremme fagutvikling og økt kunnskap om andre behandlingsformer hos den enkelte utøver. Ulempen er at slike møter er resursskrevende og at i stedet for at en person bruker en time, må en gruppe på 4-7 personer bruke tid som ellers kunne ha vært benyttet til behandling. En norsk spørreundersøkelse blant helsepersonell (Risberg 2004) viste at de fleste av legene (40 %) og et stort flertall blant andre helsearbeidere (60-80 %), mente at avgjørelsen om hvilken behandling som burde velges, skulle tas i felleskap mellom helsearbeidere og alternative utøvere. Svært få mente at det skulle være de alternative terapeutene som skulle velge hvilken behandling som pasientene skulle få. Kun 13 % av legene mente pasienten selv skulle bestemme behandlingsmetode. Det siste er forbausende med tanke på at pasientene i dag selv er ansvarlige for valg av terapi og de færreste konsulterer sin lege om hvilken behandlingsform som er mest egnet. Mange pasienter foretrekker å ikke fortelle sin lege om hvilken KAM behandling de bruker i redsel for å bli kritisert av legen. Tydeligvis mener helsepersonell ved onkologiske avdelinger likevel at de skal være med i prosessen når pasientene tilbys KAM behandling på sykehus. Det kan være et problem at deres bakgrunn for å gi slike råd kan være begrenset av manglende kunnskaper om behandlingsmetodene. En mulig løsning er som tidligere nevnt at en onkologisk sykepleier er pasientens kontaktperson og derved også kan representere det ordinære helsevesen. På den annen side kan felles møter mellom KAM utøvere og helsepersonell være gjensidig utviklende og stimulere til økt kunnskap og samarbeide. Mange utøvere av KAM har dårlig kunnskap om hvordan arbeidet på en kreftavdeling foregår og om de ulike behandlingsformene.

Kombinasjonsmodell?

I det virkelige liv kan man tenke seg en kombinasjon av flere modeller. Hvis pasienten er helt sikker på hvilken behandlingsform som vedkommende foretrekker, er det mindre behov for rådgivning. Likevel vil det være nødvendig med en innledende samtale for å kartlegge pasientenes behov og forventninger og svare på spørsmål. Pasienter som er mer usikre, kan få tilbud om en samtale med en person som kan gi konkrete råd basert på konkrete informasjoner fra den enkelte pasient. En slik samtale kan også være aktuell hvis pasienten ikke får den ønskede effekt av behandlingen og vurderer å slutte eller prøve en annen behandlingsform. Fellesmøter kan forbeholdes utvalgte pasienter som representerer behandlingsmessige utfordringer eller som behandles av flere terapeuter, slik at det er nødvendig med koordinering av de ulike tiltak pasienten tilbys. Igjen kan valget om hvilken type rådgivning være pasientens eget og således ytterligere styrke pasientens egen selvbestemmelsesrett.

AREALBEHOV OG PLANLØSNING

Behovet for areal vil avhenge av hvor mange terapeuter som skal arbeide ved en grønn paviljong og gjennomsnittlig hvor mange konsultasjoner per dag som planlegges. Helst bør paviljongen inneholde minst 3-4 behandlingsrom foruten fellesarealer og det betyr at totalarealet bør være minst 115 kvadratmeter. Det er viktig at rommene ligger nær hverandre slik at det naturlig skapes et intimt miljø. Valg av farger og innredning bør være gjennomtenkt og understreke filosofien bak den grønne paviljongen med fokus på helse og trivsel. Rikelig dagslys og grønne planter er med på å skape et naturlig miljø.

Fellesrom

En grønn paviljong bør inneholde et fellesrom med plass til et bord der det kan inntas felles måltider og avholdes møter. Det krever et lokale som er minst 30 kvm stort. Hvis bordet og stolene er flyttbare kan dette rommet også brukes til trening og øvelser, for eksempel yoga og tai chi. Bibliotekfunksjonen kan gjerne integreres i fellesrommet i form av hyller med plass til bøker og tidsskrifter. Datamaskin med tilknytning til internett kan også være i et hjørne av fellesrommet eller på et eget pasientrom, som også kan benyttes til meditasjon og avslapning. Det bør være en liten kjøkkenkrok med kokeplate og muligheter til å lage te og kaffe. Frukt og salat kan bestilles gjennom sykehusets kjøkken. Det bør også være en garderobe og et toalett i tilknytning til selve paviljongen.

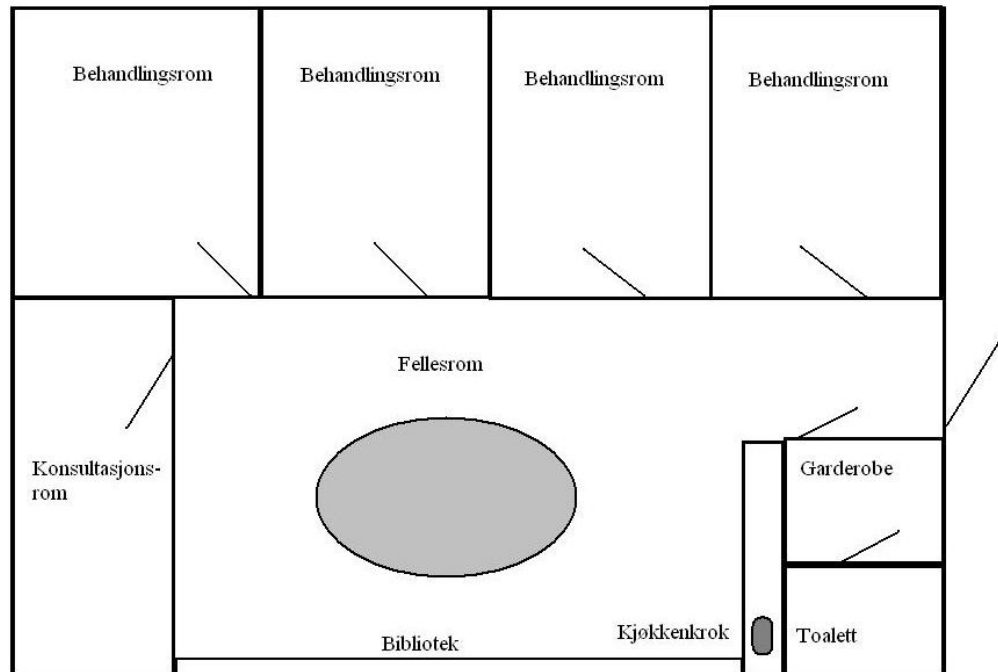
Konsultasjonsrom og behandlingsrom

Behandlingsrommene bør være minimum 15 kvm og det bør også være et kontor til undersøkelse og konsultasjon. På hvert behandlingsrom bør det være en undersøkelsesbenk kombinert med behandlingsbenk og håndvask. Alle rommene bør ha telefon med eksternt linje og datatilknytning.

Teknisk utstyr

Det bør minimum være en PC på hvert behandlingsrom og en i tilknytning til fellesrom/bibliotek med internetttilknytning. Øvrige maskiner bør ha et journalsystem til journalføring etter hver konsultasjon og behandling. En database bør opprettes og mates med informasjon som kan brukes i forbindelse med forskning og evaluering av tilbudene ved den grønne paviljongen. Det er ikke nødvendig at dataanlegget er tilkoblet sykehusets felles database. På den måten unngår man problemet med innsyn i sykehusets informasjon og samtidig unngår terapeutene ved paviljongen spørsmål fra pasientene som vedgår deres sykehusbehandling. I tillegg til databasen og journalprogrammet bør det også være et statistikkprogram for bearbeiding av data og for eksempel MS Office til produksjon av rapporter og presentasjoner. Fellesrommet bør ha et musikkanlegg til felles aktiviteter som avslapning og visualisering. Et av behandlingsrommene bør også ha muligheter til å spille musikk i forbindelse med musikkterapi. I forbindelse med møtevirksomhet og undervisning bør det være en tavle og et lerret, samt mulighet for å låne videoprojektør eller vegghengt flat TV.

Forslag til planløsning:



JURIDISKE BETRAKTNINGER

All behandling skal være frivillig og være underordnet den onkologiske behandlingen. Hovedprinsippet bør være at pasientene opptar en sykehusseng primært for onkologisk behandling og skrives ut når denne er ferdig. Det overordnede ansvar for pasienten hviler hos den medisinske ansvarlige lege, men personalet ved den grønne paviljongen er personlig ansvarlig for den behandling som blir gitt der.

Lov om alternativ behandling

I desember 2002 fremmet regjeringen Bondevik II Odelstingsproposisjon nr 27 som bygger på arbeidet til Aarbakkeutvalget (NOU 1998:21) og ”Lov om alternativ behandling” ble vedtatt av Stortinget 01.01.2004. Med innføring av den nye loven ble kvakksalverloven fra 1936 opphevet, som inneholdt forbud for andre enn leger å behandle kreft og enkelte alvorlige sykdommer. Formålet med den nye loven var å gi pasientene større medbestemmelse, men det er også gitt begrensninger i den nye loven om at det er kun helsepersonell som kan behandle smittsomme sykdommer og alvorlige sinnslidelser. Når det gjelder kreftsykdommer ønsket lovgiverne å sikre at pasientene skulle få et behandlingstilbud fra det offentlige helsevesen, men også mulighet til å velge alternativ behandling på visse vilkår. I ”Lov om alternative behandling” står det at utøvere av KAM kan behandle kreftsyke hvis dette skjer i samforståelse med pasientenes lege eller hvis det offentlige helsevesen ikke lenger har noen tilbud til pasienten. Det er tillatt for utøvere av KAM å bruke metoder for å styrke immunsystemet eller bedre livskvalitet. Nedenfor er referert de mest aktuelle paragrafer for opprettelse av grønne paviljonger:

§ 8 *Behandling av andre alvorlige sykdommer og lidelser*

”Behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdom eller lidelse som omfattes av første ledd eller bivirkninger av gitt behandling, og som ikke gjelder behandling av selve den alvorlige sykdommen eller lidelsen, kan også utøves av andre enn helsepersonell.

Bestemmelsen i første ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og behandlingen velges av en myndig person som har samtykkekompetanse etter lov om pasientrettigheter § 4-3, eller helsetjenesten ikke har helbredende eller lindrende behandling å tilby pasienten. Samtykkebestemmelsene i lov om pasientrettigheter §§ 4-4 til 4-8 gjelder tilsvarende så langt de passer”.

§ 5 *Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko*

”Medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helserisiko for pasienter, skal kun utøves av helsepersonell”.

Helsetilsynet har tidligere i rundskriv til alle sykehusavdelinger slått fast at pasienter kan benytte KAM mens de ligger på sykehuset, såfremt dette ikke er i veien for den ordinære behandling. Avdelingsoverlegen har det endelige ord i hvert enkelt tilfelle.

Informasjon

Alle pasienter som innlegges eller behandles ved sykehuset skal få informasjon om den grønne paviljongen som del av den øvrige informasjon om sykehuset. Det bør være en skriftlig brosjyre med opplysninger om hvilke behandlingstilbud som kan tilbys og hvilke personer som arbeider ved den grønne paviljongen. I tillegg bør det settes av en time hver uke der pasienter har mulighet til å komme på besøk og få personlig informasjon. Det kan være møter der interesserte, også blant sykehusets ansatte, kan delta. Hvis noen ønsker en samtale med en av behandlerne eller daglig leder, bør dette kunne gjøres uten forpliktelser om å benytte tilbudene til den grønne paviljongen for videre behandling. All skriftlig informasjon skal utarbeides sammen med sykehusets ledelse som også må godkjenne denne før den blir gitt til pasienter.

Ansettelsesavtale

Alle som arbeider ved den grønne paviljongen bør ha en egen arbeidsavtale, enten som ansatt ved sykehuset eller som selvstendig næringsdrivende. Den bør blant annet inneholde punktene som er nevnt nedenfor.

Ansvarsforsikring

Alle praktiserende behandlere ved den grønne paviljongen må ha en gyldig ansvarsforsikring som kan være privat eller gjennom vedkommendes fagforbund. Denne forsikringen skal dekke eventuelle skader på pasienter som oppstår under behandlingen ved den grønne paviljongen

Samarbeidsavtale

Alle som er tilknyttet den grønne paviljongen skal undertegne en avtale som klart regulerer samarbeidsforhold mellom ansatte ved paviljongen og sykehusets egne ansatte. Det bør stå klart at pasientene primært skal få behandling ved sykehuset og at sykehusets ledelse har det overordnede ansvar for pasientene så lenge behandlingen pågår. Avtalen bør være detaljert nok til å forebygge gnisninger og konflikter. Det bør stå spesifikt at partene ikke skal uttale seg negativt om hverandres behandling eller kommunisere via pasientene. Eventuell misnøye bør meddeles direkte til den det gjelder. Hvis en lege ved sykehuset nekter en pasient ved den grønne paviljongen bør dette kunne faglig begrunnes.

Taushetsplikt

Alle ansatte på sykehuset har taushetsplikt og det samme bør gjelde de alternative utøverne og daglig leder ved grønn paviljong. Behandlerne har ikke krav på informasjon fra pasientens sykehusjournal og sykehuset har ikke krav på innsyn fra journalene i den grønne paviljongen. Unntak kan gjøres hvis pasienten skriftlig godkjenner dette og det ansees nødvendig for å yte medisinsk behandling.

Klager

En klage fra en pasient skal rettes til daglig leder ved den grønne paviljongen eller sykehusets ledelse som så vurderer videre tiltak (på samme måte som klager fra pasienter som er tilknyttet sykehusets andre avdelinger). Det er naturlig at sykehusets ledelse først tar kontakt med daglig leder ved den grønne paviljongen og deretter finner den mest hensiktsmessige måte å behandle klagen på. Hvis klagen dreier seg om behandlingen, kan terapeutens eget forbund kontaktes for eksempel ved etisk komité eller et faglig utvalg. Dreier klagen seg om økonomiske forhold er sykehusets administrasjon og daglig ledelse ved paviljongen den rette instans.

ØKONOMI

Med dagens økonomiske situasjon innen helsevesenet og kanskje spesielt med de mange uløste oppgavene innen kreftomsorgen, er det lite realistisk å vente at helseforetakene skal kunne finansiere opprettelse og drift av grønne paviljonger. Da dette er et innovativt tiltak, kan det med fordel organiseres som et prosjekt med ekstern finansiering. For å evaluere den grønne paviljongen vil det være nødvendig med dokumentasjon, som igjen egner seg godt til forskning og det er derfor aktuelt å søke forskningsmidler.

Øremerkede offentlige midler

Aarbakkeutvalget skriver i sin NOU 1998:21 at grønne paviljonger kunne være et aktuelt tiltak for å fremme integrering av KAM i helsevesenet. Flere av tiltakene som ble foreslått av Aarbakkeutvalget har blitt fulgt opp med offentlig finansiering, for eksempel opprettelse av NAFKAM ved universitetet i Tromsø og opprettelsen av en nasjonal informasjonsbank (NIFAB). Det er derfor mulig å tenke seg øremerkede midler bevilget gjennom Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet eller direkte fra Stortinget.

Forskningsmidler

Fordi de grønne paviljonger skal evalueres med tanke på effekt på livskvalitet osv, kan etableringsmidler og driftsmidler bli kanalisert gjennom Norges forskningsråd med krav om rapportering og jevnlig evaluering. På denne måten sikres både økonomisk styring og fremdrift.

Pasientfinansiering

En tredje mulighet er at pasientene selv betaler for behandlingen fullt ut. Fordelen ved en slik ordning er at det sannsynligvis blir svært motiverte pasienter som oppsøker den grønne paviljongen. Den fremste ulempen er at pasienter med dårlig økonomi ikke kan benytte seg av tilbudene og utvalget av pasienter i forbindelse med forskningsprosjekter blir skjevt.

Kreftforeningen

Prosjektet grønne paviljonger er støttet av Kreftforeningens "Rådgivende utvalg for komplementær behandling" og flere av Kreftforeningens ansatte har uttalt seg positivt om prosjektet. Utvalgets mandat utløp 2006, men Kreftforeningen ønsker fortsatt å bidra til kunnskap om KAM. Tidligere har foreningen avsatt prosjektmidler over tid for etablering av nye tilbud for kreftsyke, for eksempel "Seksjon lindrende behandling" ved St Olavs Hospital. Det kan derfor være aktuelt å søke Kreftforeningen om finansiering over 5-10 år for etablering og drift av en grønn paviljong.

Innsamlingsaksjon

Det kan arrangeres en egen innsamlingsaksjon drevet av miljøer knyttet til KAM, eventuelt i samarbeide med Kreftforeningen. Et slikt samarbeid vil kunne skape positive synergieffekter der Kreftforeningens effektive innsamlingsapparat og profesjonalitet kobles med den støtte og entusiasme som finnes innen alternative miljøer. Sosialkomiteens formann Jon Alvheim fikk på Alternativmessa i 2000 overlevert 5000 underskrifter fra personer som støttet opprettelsen av en grønn paviljong.

Profilering av helseforetak

Ved bygging av nye sykehus, for eksempel et nytt Radiumhospital eller Buskerud sentralsykehus, kan integrering av en grønn paviljong være med på å profilere sykehuset vis a vis pasienter og myndigheter. Ved denne modellen kan opprettelsen av paviljongen komme inn allerede på planleggingsstadiet av sykehuset. Hvis et regionssykehus eller sentralsykehus velger å opprette en grønn paviljong, kan denne tilby behandling til flere pasientgrupper foruten kreftpasienter. Aktuelle pasientgrupper kan være revmatikere, personer med hjerte- og karsykdommer, astmatikere, allergikere og personer med nevrologiske lidelser.

Resultat av spørreundersøkelse

I en norsk spørreundersøkelse (Risberg 2004) ble et utvalg helsepersonell ved fem kreftavdelinger spurt om hvordan de mente behandlingen ved en grønn paviljong burde finansieres. De fleste mente behandlingen skulle dekkes av folketrygden og dernest av pasientene selv. Blant legene svarer omtrent halvparten at Folketrygden og pasienten selv skal betale, mens blant de øvrige ansatte mener flertallet at Folketrygden skal betale. Dagens situasjon med staten som sykehuseier gjør at ingen inneliggende pasienter betaler, mens det betales egenandel ved poliklinisk behandling og undersøkelser. Det er ikke urimelig at pasienten betaler en viss egenandel for KAM, men at denne bør være så lav at det ikke er til hinder for å søke hjelp eller fører til et skjevt utvalg med velbeslåtte pasienter. Lønnen til de ansatte ved en grønn paviljong kan dels bestå av en basislønn knyttet opp til forskning, informasjon, samarbeidsmøter osv. Ved siden av denne faste lønnen kan det betales en egenandel av pasientene for hver enkelt behandling som også dekker forbruksmateriell. Hvis en behandler er for eksempel psykolog, fysioterapeut eller lege, og har refusjonsavtale med Folketrygden, kan det være aktuelt å søke om refusjon på ordinær måte som ved privat praksis eller ved private sykehus.

Forslag til budsjett:

Dette forslag er basert på at lokalene stilles til disposisjon ferdig oppusset og at det ikke beregnes husleie. Gardiner, planter, tepper osv er budsjettert under "annet". Det forutsettes at terapeutene har noe personlig utstyr til behandling. Lønnsutgiftene er stipulert ut fra en onkologisk sykepleier i 80 % stilling og i tillegg konsulenttjenester i forbindelse med regnskap, teknisk utstyr etc. Til behandlere er det beregnet lønn i 50 % stilling. Som det fremgår av dette overslaget vil kostnadene det første året bli noe over 2 millioner kroner og driftskostnadene noe over 1,5 millioner per år. Da er ikke leiekostnader og oppvarming regnet inn. Beløpene er cirkabeløp i kroner per år.

<u>Investeringskostnader:</u>	ca	<u>400.000</u>
Kontorutstyr og møbler		135.000
Behandlingsutstyr		110.000
Datautstyr og programvare		85.000
Annet		32.000
Annet teknisk utstyr		25.000
Bibliotek		13.000
<u>Driftskostnader per år:</u>	ca	<u>1.566.000</u>
Lønn behandlere		1.000.000
Lønnsutgifter fast stab		500.000
Telefon/internett		30.000
Mat og drikke		15.000
Porto og kontorutgifter		8.000
Annet		7.000
Tidsskrifter og bøker		6.000

EPILOG

Undertegnede har studert kreftpasienters bruk av KAM de siste tyve år og i den forbindelse besøkt terapeuter og sykehus over hele verden fra Kina til Mexico. I boka "Kreft og jakten på mirakler" (Gyldendal 1993) har jeg forsøkt å beskrive innholdet i de ulike behandlingsformene og i hvilken grad det finnes dokumentasjon for at metodene har effekt.

I løpet av mine år som lege har jeg sett mange mirakler og enkelttilfeller som har trosset alle prognoser og jeg er glad for at NAFKAM ved Universitetet i Tromsø har begynt å samle disse eksepsjonelle sykehistoriene. Likevel mener jeg at KAM først og fremst er et supplement til moderne kreftbehandling og ikke et alternativ. God behandling karakteriseres ved at pasienten selv er med i behandlingsprosessen og etter min erfaring vil pasienter som bruker KAM både tåle og nyttiggjøre seg kreftbehandlingen bedre enn de som ikke er brukere.

Det er derfor med glede jeg observerer at den etablerte medisin blir stadig mer åpen og aksepterer at pasientene tar selvstendige valg når det gjelder eget liv og helse. Medisinen befinner seg i grenseland mellom naturvitenskap og humanistiske fag, der pasientene er mer enn en sykdom eller en diagnose. Jeg håper derfor at integrering av det beste innen KAM vil føre til en vitalisering av et helsevesen som sårt trenger en forandring.

Jeg vil til sist takke Eckbos legat, Kreftforeningen, NAFKAM og alle dere som har støttet meg underveis og trodd på ideen om de grønne paviljonger!

Lierskogen 19.08.2007

Stig Brusset, spesialist i allmennmedisin, Lierskogen legekantor. Adresse: Postboks 218, 3420 Lierskogen, tlf 32-852560, faks 32-853519, e-post: stigab@online.no

STIKKORDREGISTER

Akupunktur	20,36
Allergiske reaksjoner	22
Alternativ diagnostikk	10
Alternativmessen	2
Alvheim, Jon	2
Andersson, Sven	21
Angiogenese	21
Ansettelsesavtale	39
Ansvarsforsikring	39
Antioksidanter	18
Benor, Daniel	14
Bibliotek	33
Bioflavonoider	16
Bristol cancer help center	14,25
Catrix	21
ECIWO akupunktur	20
Eckbos legat	2,44
England	25
Essiac	10
Eurixor	11
Fingermaling	15
Fotmassasje	14
Gerson dietten	17
Ginseng	10

Gruppeterapi	14
Haibrusk	21
Heinecke, Ralph	11
Helmersen, Runa	15
Helsekost	9
Healing	9,14
Helixor	11
Homøopati	9,15
Humlegaarden	26
Hvitløk	10
India	24
Irisdiagnostikk	10
Iscador	10
Issel, Brian	11
Issels, Josef	24
Johannesurt	11
Kiene, Helmut	12
Kina	23
Kinesiologi	10
Klager	40
Kreftregisteret	7
Kunstterapi	14
Kvakksalverloven	38
Laetril	10
Livskvalitet	22

Lov om alternativ behandling	38
Makrobiotikk	17
Mangelsykdommer	17
Massasje	14
Mexico	25
Misteltein	10
Mosjon	14
Montebellosenteret	13
MSKCC	2
Musikkterapi	16
Myskja,Audun	16
NAFKAM	2,40,44
National cancer insitute	26
NIFAB	40
NIH	26
Nitter, Lorentz	28
Nolfi, Kristine	17
Noni	11
Onkologisk sykepleier	34
Oslo kreativitetssenter	14,15
PNI	13
Polen	25
Prasad, Kedar	18
Pauling, Linus	19
Q 10	20

Qigong	15
Reflekssoneterapi	36
Regional etisk komite (REK)	32
Reinrot	10
Risberg, Terje	8, 28
Rosenrot	10
Samarbeidsavtale	39
Schizandra	10
Sea band	20
Solhatt	12
Spørreundersøkelser	9,28
Skyldfølelse	22
Stortinget	48
Steiner, Rudolf	11
St Olavs hospital	13
Tai chi	15
Taushetsplikt	39
Terapeutisk touch (TT)	14
TKM tradisjonell kinesisk medisin	20
TNS	20
Tyskland	24
USA	26
Utenlandske klinikker	9
Urtemedisin	10
Vegankost	17

Vegetarkost	17
Vidarkliniken	26
Visualisering	9
Vitamin C	19,20
Vitamin- og mineralterapi	17
Vøldan, Julia	17
Aarbakkeutvalget	2,14

LITTERATUR

Webadresse med oppdaterte opplysninger om KAM:

<http://uit.no/nafkam/>

<http://www.nifab.no/>

<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/cam/>

<http://www.fih.org.uk/>

Artikler og bøker:

Ader R, Felten DL, Cohen N, ed. (1991). Psychoneuroimmunology, 2. utg. Academic Press, New York.

Andersson S (1991). Behandling med sensorisk stimulering vid sjukdom. Socialstyrelsen, Stockholm.

Bailar JC, Smith EM (1986). Progress against cancer? NEJM; 314: 1226–1232.

Bauer R, Wagner H. (1990) Echinacea. Handbuch für Ärzte, Apotheker und andere Naturwissenschaftler. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.

Berger DP, Obrist R, Obrecht JP (1989). Tumorpatient und paramedicin. Deutsche Medizinische Wochenschrift 114: 323–330.

Brohn P (1987). The Bristol Programme. Century, London.

Bruset S (1993). Kreft og jakten på mirakler. Gyldendal forlag, Oslo.

Bruset S, Enge A (1993). Misteltein i behandling av kreft. Tidsskr Nor Lægefor 9: 1058–1060.

Cassileth BR, Lucarelli CD (2003). Herb-drug interactions in oncology. BC Decker, London.

Cassileth BR, Deng G (2004). Complementary and alternative therapies for cancer. The Oncologist;9: 80-89.

Cassileth BR, Lusk E, DuPont G, Blake A, Walsh W, Kascius L, Schultz DJ (1991). Survival and quality of life among patients receiving unproven as compared with conventional cancer therapy. NEJM 324, 17: 1180–1185.

Castaigne S, Chomienne C, Daniel MT, Ballerini P, Berger R, Fenaux P, Degos L (1990). All-Trans Retinoic Acid as a Differentiation Therapy for Acute Promyelotic Leukemia. 1. Clinical Results. Blood; 76, 9: 1704–1709.

Christie V (1991). Den andre medisinen. Universitetsforlaget, Oslo.

Chen Q et al. (2005). Pharmacologic ascorbic acid concentrations selectively kill cancer cells: Action as a pro-drug to deliver hydrogen peroxide to tissues. *PNAS*;38: 13604-9.

D'Andrea GM (2005). Use of antioxidants during chemotherapy and radiotherapy should be avoided. *CA Cancer J Clin.*55: 319-21.

DeCosse JJ, Miller H, Lesser M (1989). Effect of Wheat Fiber and Vitamin C and E on Rectal Polyps in Patients With Familial Adenomatous Polyposis. *J Natl Cancer Inst* 81:1290–1297.

Den norske lægeforening (1998). *Alternativ behandling*, Oslo.

Diet and Health (1989). National Research Council. National Academy Press, Washington DC.

Eysenck HJ (1988). Personality, stress and cancer: Prediction and prophylaxis. *British Journal of Medical Psychology* 61: 4–12.

Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. (1994). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state of on recurrence and survival six years later. *Arch Gen Psych* 50: 681–689.

Filshie J, Redman D (1985). Acupuncture and malignant pain problems. *Eur J Surg Oncology* 11: 389–394.

Flensmark R, Loven L (1990). Psykosociala stødet vid diagnosbeskedet påverkar behandlingsresultatet vid brystcancer. *Läkartidningen* 88, 20: 1887–1889.

Forman et al (2004). Nutrition and cancer prevention. *Annu Rev. Nutr.*;24: 223-254.

Garssen B(2004);. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev* 24(3): 315-38.

Grealish L, Lomasney A, Whiteman B (2000). Foot massage. A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nurs* 23: 237-243.

Griffith K, et al. (1996). *Nutrition and cancer*. Isis Medical Media, Oxford.

Grimmer AH(1983). *Homeopathy and cancer*, Homeopathic Research Project. National College of Naturopathic Medicine.

Grossarth-Maticek R, Kiene H, Baumgartner SM, Ziegler R (2001). Use of iscador, an extract of European mistletoe (*viscum album*), in cancer treatment: prospective nonrandomized matched-pair studies nested within a cohort study. *Alternative Therapies* 7(3): 57-78.

- Hercberg S et al (2004). The SU.VI.MAX study. Randomized, placebo-controlled trial of the health effects of antioxidant vitamins and minerals. *Arch Intern Med*;164: 2335-42.
- Hunt TJ, Conelly JF (1995). Shark cartilage for cancer treatment. *Am J Health Syst Pharm* 52: 1756–1760.
- Helmersen R (1992). *Gjennom bildene*. Grøndahl & Dreyer, Oslo.
- Helsedirektoratet (25. september 1986). Forskrift for produksjon og frambud m.v. av vitamin- og mineraltilskudd. Oslo.
- Henriksson R, Bergstrøm P, Grankvist K (1990). Dietens innverkan på behandlingen av maligna sjukdomar. *Nord Med* 105, 11: 289–291.
- Hirazumi AY (1997). *Antitumor Studies of a Traditional Hawaiian Medicinal Plant, Morinda citrifolia (noni), in vitro and in vivo [doctoral dissertation]*. Honolulu, Hawaii: University of Hawaii.
- Heinicke RM (1985). The pharmacologically active ingredient of noni. *Pacific Tropical Botanical Garden Bulletin*.;15:10-14.
- Holmberg SB, Bertram JS (1991). Kemoprevention mot cancer. *Nordisk Medicin* 106, 3: 86–89.
- Jaakola K et al. (1992). Treatment with antioxidant and other nutrients in combination with chemotherapy and irradiation in patients with small cell lung cancer. *Anticancer Res.* 12: 599-606.
- Jasnosky ML, Kugler J (1987). Relaxation, imagery, and neuroimmodulation. *Ann NY Acad Sci* 496: 722–730.
- Johansen R, Toverud E-L (2006). Norske kreftpasienters og helsekostmarkedet – hva brukes og hvorfor? *Tidsskr Nor Lægeforen* ;126: 773-5.
- Kiene H (1989). *Klinische studien zur misteltherapie der krebserkrankung. Eine kritische wurdigung. Inaugural-disserttation zur erlangung des grades eines doktors der mediziner universität Witten-Herdecke im bereich der mediziner.*
- Kennedy DD et al (2004). Low antioxidant vitamin intakes are associated with increases in adverse effects of chemotherapy in children with acute lymphoblastic leukaemia. *Am J Clin Nutr.*;79: 1029-36.
- Kolstad A, Risberg T, Bremnes y et al (2004). Use of complementary and alternative therapies: a national multicentre study of oncology health professionals in Norway. *Support Care Cancer* 12: 312-18.
- Lane IW, Comac L (1992). *Sharks don't get cancer*. Avery Publishing Group, New York.

- Lee A, Langer R (1983). Shark cartilage contains inhibitors of tumor angiogenesis. *Science* 221: 1185–1187.
- Lersch C, Gain T, Lorenz R, Classen M (1994). Chemoimmunotherapy of malignancies of the gastrointestinal tract. *Apr*; 22(2):58–59.
- Le Shan (1992). *Kreft som vendepunkt*. Spartacus forlag, Oslo.
- Letvik T (1991). Omfattende brudd på kvakksalverloven. Minst 150 naturmedisinere behandler kreft. *Arbeiderbladet* 24.12.1991.
- Liebermann MA (1988). The role of self-help groups in helping patients and families cope with cancer. *CA-Cancer Journal for Clinicians* 38: 162–168.
- Lockwood K, Moesgaard S, Folkers K (1994). Partial and complete regression of breast cancer in patients in relation to dosage of coenzyme Q10. *Biochem Biophys Res Commun* 199 (3): 1504-8.
- Maguire P, Tait A, Brooke M, Thomas C, Sellwood R (1980). Effect of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy. *BMJ* 281, s. 1454–1456.
- McLean CH et al (2005). Effects of omega-3 fatty acids on cancer. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. Feb;(113): 1-4.
- McClain CS, Rosenfeldt B, Breitbart W (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*;361: 1603-7.
- Moesgaard S (11.03.2003). Forebyggelse av kreft med antioksidanter. Seminar Ullevål sykehus
- Molassiotis A et al (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients. *Ann Oncol*. 4: 655-63.
- NOU 1997: 20 Omsorg og kunnskap. Norsk Kreftplan.
- Ornish D et al. Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer. *The Journal of Urology* 2005;174: 1065-70.
- Pace A et al (2002). Vitamin E for the prevention of cisplatin-induced neurotoxicity. *J Clin Oncol* 21(5): 927-31.
- Padayatty S.J. Sun H. Wang Y. Riordan H.D. Hewitt S.M. Katz A. Wesley R.A. Levine M. Vitamin C pharmacokinetics: implications for oral and intravenous use, *Ann Intern Med*, 2004;140(7): 533-537.
- Padayatty S.J. Levine M. Reevaluation of Ascorbate in Cancer Treatment: Emerging Evidence, Open Minds and Serendipity, *Journal of the American College of Nutrition* 2000;19: 423-425

- Padayatty SJ et al. Intravenously administered vitamin C as cancer therapy: three cases. *CMAJ* 2006;174:937-42.
- Prasad K, et al. (1999). High doses of multiple antioxidants vitamins. Essential ingredients in improving the efficacy og standard cancer therapi. *Journal of the American College of Nutrition* 1: 13–25.
- Raknes R, Småbrekke L (2006). Echinacea spp. (solhatt) og øvre luftveisinfeksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen*; 126: 2526-7
- Risberg T et al. (1995). Cancer patients use of non-proven therapy: a 5-year follow-up study. *European Journal of Cancer* 31: A: 11: 1785–1789.
- Risberg T (1997). Use of alternative medicine among Norwegian cancer patients. University of Tromsø (doktorgrad).
- Risberg T, Kolstad A (2003). Psykiske plager og kreftpasienters bruk av alternativ behandlind. *Tidsskr Nor Lægeforen* 123: 607-9.
- Risberg T et al (2004). Tilbud om komplementær behandling på sykehus? *Tidsskr Nor Lægeforen* 124:3078-80.
- Romstad S, Schou Jensen V, Ingebrigsten A, Erstad M (1992). Kreftpasienters bruk av alternativ medisin. Notat fra en undersøkelse utgått fra onkologisk avdeling, Ullevål sykehus, Oslo.
- Rønnov L, Kimby K, Launsøe L, Langgaard H (2004). Kræftpasienters erfaringer med ukonventionel behandling. *Ugeskr Læger* 166;25: 2454-7.
- Salomonsen LJ, Grimsgard S, Fønnebø V (2003). Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 123: 631-3.
- Sampson W (2002). Controversies in cancer and the mind: effects of psychosocial support. *Semin Oncol* 29: 595-600.
- Schulz V, Hänsel R, Blumenthal M, Tyler VE (2004). *Rational Phytotherapy*. Springer Berlin.
- Shah SA et al (2007). Evaluation of Echinacea for the prevention and treatment of the common cold: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 7: 473-80.
- Sikora K, Cosh J (1989). Conventional and complementary treatment of cancer. Time to join forces. *British Medical Journal* 298: 1200-1201.
- Simone CB, Simone NL, Simone CB(1998): Shark cartilage for cancer. *Lancet* 351 (9113): 1440.
- Simonton C, Simonton S, Creighton J (1982). *Du kan bli frisk igjen*. Dreyer Oslo.

Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*: 888–891.

Smith M et al (2001). Music as a therapeutic intervention for anxiety in patients receiving radiation therapy. *Oncol Nurs Forum* 28; 855-62.

Sullivan M, Cohen J, Branchøg I (1991). Psykososiala problem och behov vid cancersjukdom. *Nord Med* 106: 202–204.

Thune I, Furberg AS (2001). Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Med Sci Sports Exerc.* (Suppl):530-50; diskusjon 609-10

Torun M et al. (1995). Serum beta-caroten, vitamin E, vitamin C and malondialdehyde levels in several types of cancer. *J Clin Pharm Ther* 20: 259.

Verhoef MJ et al (2005). Reasons for and characteristics associates with complementary and alternative medicine use among adult cancer patients. A systematic review. *Integrative Cancer Therapies* 4: 272-286.

Weiger WA et al (2002). Advising patients who seek complementary and alternative medical therapies for cancer. *Ann Intern Med* 137: 889-903.

Zachariae R, Kristensen JS, Hokland P, Ellegaard E, Metze E, Hokland M (1990). Effect of psychological intervention in the form of relaxation and guided imagery on cellular immune function in normal healthy subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics* 54: 32–39.

Zachariae R (1991). Psyke og immunitet. *Nordisk Psykologi* 43: 17-36.

Aarbakkeutvalget (NOU 1998:21 Alternativ medisin).

Omslagsside - siste side

Kontaktinformasjon

Besøksadresse:

Forskningsparken

Postadresse:

NAFKAM

Universitetet i Tromsø

.....

E-post:

.....

Contact details