

# Notkun óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu á Íslandi

## Ágrip

**Björg Helgadóttir**  
félagsfræðingur

**Rúnar Vilhjálmsson**  
félagsfræðingur

**Póra Jenný Gunnarsdóttir**  
hjúkrunarfræðingur

**Lykilorð:** óhefðbundin meðferð, samfélagshópur, heilsufar, læknisheimsókn.

**Tilgangur:** Almennungur á Vesturlöndum virðist nota óhefðbundnar meðferðir í vaxandi mæli við veikindum og til að efla heilsu. Svo virðist sem grunnhugmyndir þessara meðferða hafi umtalsverðan hljómgrunn. Lítið er vitað um notkunina hérlendis. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna í hvaða mæli Íslendingar leita til óhefðbundinna meðferðaraðila og hvaða þættir kunni helst að skýra hjálparleitina.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin byggir á landskönnuninni Heilbrigði og aðstæður Íslendinga I, sem fram fór haustið 2006. Spurningalistar voru póstsendir til þjóðskrárártaks Íslendinga á aldrinum 18-75 ára. 1532 manns svöruðu könnuninni og heimtur voru 60%.

**Niðurstöður:** Alls höfðu tæp 32% svarenda nýtt sér þjónustu óhefðbundins aðila síðastliðna 12 mánuði sem telja má um 6% aukningu frá árinu 1998. Konur og tekjuhærra fólk notaði óhefðbundna heilbrigðisþjónustu frekar en aðrir. Líkamleg og sálræn vanlíðan tengdist einnig notkuninni. Þeir sem höfðu neikvæða eða jákvæða afstöðu til lækniþjónustu notuðu frekar óhefðbundna þjónustu en þeir sem voru hlutlausir í afstöðu sinni. Þeir sem fóru endurtekið til lækni notuðu frekar óhefðbundna þjónustu en þeir sem fóru sjaldnar eða ekki til lækni.

**Ályktun:** Íslendingar nota þjónustu óhefðbundinna meðferðaraðila í umtalsverðum og vaxandi mæli. Svo virðist sem ákveðinn hópur landsmanna telji sig ekki fá fullnægjandi þjónustu í hinu almenna heilbrigðiskerfi. Flestir virðast nota óhefðbundna þjónustu sem viðbót við hefðbundna heilbrigðisþjónustu.

## Inngangur

Óhefðbundin heilbrigðisþjónusta er samsafn ólíkra lækninga- og meðferðakerfa, starfsemi og varnings, er miðar að því að bæta heilsu fólks en er ekki hluti hefðbundinna læknavísinda. Meðferðirnar njóta ekki almennrar viðurkenningar innan læknaáttarinnar, eru sjaldnast kenndar í læknaáttum og því lítt iðkaðar af læknum.<sup>1,2</sup> Hérlendis hefur óhefðbundin heilbrigðisþjónusta

sem veitt er utan hefðbundins heilbrigðiskerfis verið nefnd „heilsutengd þjónusta græðara“.<sup>3</sup>

Óhefðbundnar meðferðir byggja á nokkrum grunnhugmyndum. Fyrst er að nefna heilðræna hugsun um einstaklinginn, heilbrigði hans og veikindi. Þá er lögð áhersla á innbyrðis tengsl hugar, líkama og anda. Byggt er á þeirri pósitoðu hugmynd að heilsa sé ekki einungis skortur á sjúkdómi. Ávallt sé hægt að verða heilbrigðari og því sé heilsa í raun óendanlegt markmið. Þá skiptir orkuflæði miklu máli í mörgum þessara aðferða og er talið tengja saman mismunandi hluta líkamans. Loks er ekki sama hvernig heilsu er náð og haldið. Mikil áhersla er lögð á að einstaklingurinn axli ábyrgð á heilsu sinni og sé veitt hjálp og aðstoð til þess.<sup>4</sup>

Notkun á óhefðbundnum meðferðum hefur aukist á undanförunum áratugum í vestrænum löndum. Svo virðist sem grunnhugmyndir þessara meðferða höfði til breiðs hóps, enda skýrist sókn í þessar meðferðir af áhuga almennings fremur en heilbrigðisstétta.<sup>4</sup> Bandarísk rannsókn leiddi í ljós að notkun á óhefðbundnum meðferðum hefði aukist úr tæplega 34% í rúmlega 42% á sjö árum.<sup>2</sup> Áströlsk rannsókn sýndi að 44% svarenda höfðu farið til óhefðbundins þjónustuaðila á 12 mánuðum.<sup>5</sup> Þá sýnir dönsk rannsókn að fimmtungur Dana hafði notað óhefðbundnar meðferðir<sup>6</sup> og norsk rannsókn sýndi að 37% Norðmanna höfðu notað slíkar meðferðir á 12 mánuðum.<sup>7</sup>

Erlendar rannsóknir benda til að sókn í óhefðbundnar meðferðir sé töluvert mismunandi eftir hópum. Mestur virðist áhuginn vera meðal kvenna,<sup>5,8</sup> fólks á miðjum aldri,<sup>2,8</sup> fólks í fullu starfi,<sup>9</sup> fólks með meiri menntun<sup>2,8,9</sup> og tekjur,<sup>2</sup> og meðal þeirra sem glíma við langvinna sjúkdóma,<sup>8,9</sup> líkamlega fötlun,<sup>10</sup> krabbamein,<sup>11</sup> gigt og verki,<sup>9,10,12</sup> og kvíða og þunglyndi.<sup>12</sup>

Viðhorf til hefðbundinna og óhefðbundinna meðferða og fyrri notkun á hefðbundinni heilbrigðisþjónustu geta haft áhrif á hvort óhefðbundin þjónusta er notuð. Svo virðist sem notkun óhefðbundinnar þjónustu feli almennt ekki í sér höfnun á þeirri hefðbundnu, því oftast

Öll starfandi við  
hjúkrunarfræðideild HÍ

Fyrirspurnir og  
bréfaskipti:  
Rúnar Vilhjálmsson,  
Háskóla Íslands, Eirbergi,  
Eiríksgötu 34, 101  
Reykjavík.

[runarv@hi.is](mailto:runarv@hi.is)

fer notkun á hvoru tveggja fram samtímis.<sup>2</sup> Flestir virðast því nota óhefðbundna þjónustu sem viðbótarmeðferð, en ekki sem annars konar meðferð (í stað hinnar hefðbundnu).

Lítið er vitað um tengsl bakgrunnspáttá, svo sem búsetu og fjölskyldustöðu, við notkun óhefðbundinna meðferða. Þá eru niðurstöður misvísandi um tengsl trúarlífs og notkunar óhefðbundinna meðferða.<sup>8, 9</sup> Loks má nefna að rannsóknir hafa sýnt að samband er milli streitu eða álags og notkunar hefðbundinnar heilbrigðisþjónustu,<sup>13</sup> en lítið er vitað um tengsl álags og notkunar óhefðbundinna meðferða.

Óhefðbundin þjónustunotkun hefur fengið litla athygli hérlendra fræðimanna. Þó má nefna að í landskönnun frá 1995<sup>14</sup> kom fram að konur nota þjónustu óhefðbundinna aðila frekar en karlar. Í landskönnun frá árinu 1998<sup>15</sup> kom fram að 23,6% fullorðinna Íslendinga höfðu notað þjónustu óhefðbundinna aðila á 12 mánaða tímabili. Þá kom í ljós að konur, háskólamenntaðir, þeir sem orðið höfðu fyrir áföllum, og þeir sem áttu við vanlíðan að stríða notuðu þjónustu óhefðbundinna aðila frekar en aðrir.<sup>15</sup>

Þessari rannsókn er ætlað að auka við og uppfæra niðurstöður fyrri rannsókna. Rannsóknin varðar bæði meðferðir sem einstaklingar nota sem viðbót við hefðbundna heilbrigðisþjónustu og annars konar meðferðir sem þeir nota í staðinn fyrir hefðbundnu þjónustuna. Athuguð voru tengsl milli notkunar óhefðbundinna þjónustuaðila og kynferðis, aldurs, hjúskaparstöðu, foreldrastöðu, menntunar, tekna, atvinnuþátttöku og búsetu. Eins voru möguleg tengsl við trúarlíf (viðhorf og trúfélagsaðild) skoðuð. Þá voru tengsl við langvinna sjúkdóma og kvilla, örorku og vanlíðan (líkamlega vanlíðan, þunglyndi, kvíða og reiði) einnig skoðuð. Jafnframt var athugað hvort neikvæðir lífsviðburðir, langvinnir erfiðleikar og upplifað álag kæmi við sögu. Loks var notkun óhefðbundinna þjónustuaðila athuguð út frá því í hvaða mæli fólk leitaði hefðbundinnar heilbrigðisþjónustu og hvert viðhorfið væri til óhefðbundinnar og hefðbundinnar þjónustu.

### Aðferðir

Rannsóknin byggir á gögnum úr landskönnuninni *Heilbrigði og aðstæður Íslendinga I* sem fram fór síðla árs 2006. Spurningalisti var póstsendingur til slembiúrtaks íslenskra ríkisborgara sem valdir voru úr Þjóðskrá, voru á aldrinum 18-75 ára og búsettir á Íslandi þegar könnunin fór fram. Langstærstur hluti spurninga í listanum (og nær allar spurningar núverandi rannsóknar) hafði verið forþröfaður og þröfaður

í fyrri heilbrigðiskönnunum meðal Íslendinga.<sup>15, 16</sup> Framkvæmd póstkönnunarinnar fylgdi hinni svokölluðu TDM-aðferð, en með henni hafa heimtur í póstkönnunum reynst mun betri en með eldri aðferðum.<sup>17</sup> Aðferðin felst í því að spurningalisti er sendur út allt að þrisvar sinnum á sjö vikum. Þá er einnig sent út ítrekunar- og þakkarkort viku eftir fyrstu útsendingu spurningalista. Í framhaldi af síðustu útsendingu spurningalista var að auki hringt í alla sem ekki höfðu skilað lista eða neitað þátttöku. Alls svöruðu 1532 manns könnuninni og var svarhlutfall 60,03%. Lýðfræðileg samsetning svarendahóps og þýðis var mjög áþekkt nema hvað svörum var heldur hærri meðal kvenna en karla og íbúa á landsbyggðinni en íbúa á höfuðborgarsvæðinu. Niðurstöður voru því vegnar eftir búsetu og kynferði svo þær gæfu betri mynd af þýðinu.

Hjúskaparstaða greindi milli giftra/sambúðarfólks, einhleypra, fráskilinna og ekkjufólks. Foreldrastaða var metin útfra því hvort svarandinn ætti barn undir 18 ára aldri. Búseta greindi milli Reykjavíkursvæðis og landsbyggðar. Atvinnuþátttöku var þrískipt (utan vinnumarkaðar, hlutastarf, fullt starf). Menntun vísaði til þess hvort svarandinn hefði lokið grunnskóla-, framhaldsskóla- eða háskólastigsprófi. Tekjur miðuðust við fjórflokkaðar heildartekjur svaranda á 12 mánuðum.

Trúarlíf var metið eftir þremur spurningum um aðild að trúfélagi (já eða nei), hvort viðkomandi tryði á Guð (já eða nei) og hvort hann eða hún væri trúaður/trúuð (sammála eða ósammála).

Spurt var hvort svarandinn væri metinn 75% öryrki eður ei. Langvinn veikindi miðuðust við langvinna sjúkdóma eða kvilla (alls 48 atriði) sem svarandinn hafði á síðastliðnum 12 mánuðum og staðfestir voru af lækni. Breyturnar líkamleg vanlíðan, þunglyndi og kvíði komu úr undirkvörðum SCL-90 einkennalistans.<sup>18</sup> Atriði hvers undirvarða voru lögð saman. Líkamleg vanlíðan (psychosomatism) var metin út frá 12 atriðum (Chronbach's  $\alpha=0,813$ ), þunglyndi út frá 13 atriðum ( $\alpha=0,911$ ) og kvíði út frá 10 atriðum ( $\alpha=0,832$ ). Reiðikvarði byggði á 6 atriðum sem komu úr BSI einkennalistanum ( $\alpha=0,845$ ).<sup>19</sup> Í prósentutöflum var greint á milli þeirra sem höfðu há stig (efstu 20% stiga) og annarra, í samræmi við sumar aðrar rannsóknir á vanlíðan.<sup>16</sup>

Neikvæðir lífsviðburðir vísuðu til álagsatburða síðustu 12 mánuði (alls 31 atburður, svo sem skilnaður, uppsögn úr vinnu, dauðsfall maka og eldsvoði á heimili). Langvinnir erfiðleikar vörðuðu ýmsa erfiðleikaþætti í samskiptum við maka eða börn, á vinnustað eða í fjármálum (alls 47 erfiðleikaþættir, svo sem að hafa ekki næga

peninga til að láta enda ná saman, vinna meiri heimilisstörf en hægt er að ráða við með góðu móti, eiga maka/sambýlismanneskju sem ætlast til of mikils af viðkomandi og vinna andlega mjög krefjandi vinnu). Einnig voru svarendur spurðir hvort þeim fyndist þeir vera undir álagi eða streitu vegna atburða eða aðstæðna sem þeir byggju við í lífinu (engu, litlu/nokkru eða miklu/gífurlegu álagi).

Svarendur voru beðnir að gefa upp hversu oft þeir hefðu farið til læknis (annars en geðlæknis) og geðlæknis síðastliðna 12 mánuði. Spurt var einnig um ánægju með síðustu læknisheimsókn (frekar/mjög ánægður, hvorki ánægður né óánægður, frekar/mjög óánægður). Einnig var spurt um afstöðu til notkunar fólks á læknisþjónustu, geðlæknisþjónustu og óhefðbundinni heilbrigðisþjónustu (frekar/mjög mótfallinn, hvorki með né á móti, frekar/mjög fylgjandi).

Loks var fylgibreytan notkun óhefðbundinna þjónustuaðila samsett úr níu atriðum þar sem spurt var hvort viðkomandi hefði farið til ýmissa aðila sem beita óhefðbundnum meðferðum/aðferðum undanfarna 12 mánuði, það er nuddara/sjúkranuddara, svæðanuddara, kírópraktors, aðila sem veitir höfuðbeina- og spjaldhryggjarmeðferð, lið- og beinskekkjulækningar, nálastungur, smáskammta- eða grasalækningar, huglækningar, eða jóga/innhverfa íhugun. Úr atriðunum var síðan smíðuð tvígild breyta (hef farið, hef ekki farið).

Tengsl hverrar frumbreytu við fylgibreytuna voru skoðuð í krosstöflum, marktækni var ákvörðuð með kí-kvaðrat prófi og fylgni metin með stuðlunum  $\chi^2$  og Cramér's V (sá fyrri miðast við  $2 \times 2$  krosstöflur en sá síðari við stærri töflur). Auk þess var beitt marghliða lógaritmalínulegri aðhvarfsgreiningu (multivariate logistic regression) þar sem skýringabreytur voru valdar í aðhvarfsjöfnuna, ein á eftir annarri, eftir því hve vel þær skýrðu heimsókn til óhefðbundins aðila (stepwise selection). Í aðhvarfsgreiningunni var notast við óflokkaðar frumbreytur ef um jafnbilakvarða var að ræða. Aðrar frumbreytur voru kóðaðar sem tvígildar (dummy) breytur.

## Niðurstöður

Alls höfðu 31,8% svarenda nýtt sér þjónustu óhefðbundins aðila á 12 mánuðum. Samanburður við niðurstöður úr fyrri rannsókn<sup>15</sup> frá árinu 1998 er ekki mögulegur nema tveimur flokkum óhefðbundinna aðila sé sleppt (í fyrri rannsókninni var ekki spurt um höfuðbeina- og spjaldhryggjarmeðferð eða lið- og beinskekkjulækningar). Sé þeim flokkum sleppt höfðu

**Tafla I.** Hlutfall (%) þeirra sem leituðu til einstakra óhefðbundinna þjónustuaðila.

Aðili/meðferð	%	$n_i/n_k$ <sup>1</sup>
Nuddari/sjúkranuddari	19,3	269/1395
Svæðanuddari	4,3	59/1389
Kírópraktor (hnykkilæknir)	4,8	67/1392
Höfuðbeina- og spjaldhryggjarmeðferð	5,7	79/1386
Lið- og beinskekkjulækningar (osteopathy)	1,9	26/1381
Náttúralækningar (smáskammta- eða grasalækningar)	3,8	53/1369
Jóga/Innhverf íhugun	6,8	94/1379
Huglækningar (lækningamiðill, heilun og fleira)	3,2	43/1386
Nálastungur	4,7	65/1391

$n_i$  er fjöldi einstaklinga sem fór til tiltekings óhefðbundins aðila og  $n_k$  er fjöldi einstaklinga sem svöruðu viðkomandi spurningu.

29,4% nýtt sér þjónustu óhefðbundinna aðila á 12 mánaða tímabili, sem er aukning um tæp 6% frá árinu 1998 ( $p < 0,01$ ).

Eins og sjá má í töflu I var langalgengast að fólk leitaði til nuddara eða sjúkranuddara (19,3%). Næstalgengast var að fólk færi í jóga eða innhverfa íhugun (6,8%). Nokkru lægra hlutfall fór í höfuðbeina- og spjaldhryggjarmeðferð (5,7%). Tæplega 5% höfðu leitað til hnykkilækna, svipað hlutfall farið í nálastungur, og rétt rúm 4% höfðu nýtt sér þjónustu svæðanuddara. Notkun á þjónustu annarra aðila var minni. Sjaldgæfast var að fólk nýtti sér lið- og beinskekkjulækningar. Flokkunum í töflu I var slegið saman til að mynda breytuna notkun á óhefðbundinni þjónustu við frekari gagnavinnslu.

Tafla II sýnir tengsl hinna ýmsu breyta við notkun á óhefðbundinni þjónustu. Konur voru mun líklegri til að nýta sér þjónustuna en karlar, eða 41,3% á móti 22,6% ( $\chi^2 = 0,20$ ;  $p < 0,001$ ). Þeir sem höfðu meiri menntun nýttu sér einnig frekar þjónustuna (Cramér's V = 0,073;  $p < 0,05$ ). Sambönd annarra bakgrunnsbreyta við óhefðbundna þjónustu voru ekki marktæk.

Öryrkjar fóru frekar en aðrir (56% á móti 31%) til óhefðbundinna aðila ( $\chi^2 = -0,104$ ,  $p < 0,01$ ). Sömuleiðis var samband milli langvinnra veikinda og notkunar óhefðbundinna aðila ( $V = 0,119$ ;  $p < 0,001$ ). Þeir sem glímdu við líkamlega vanlíðan, þunglyndi, kvíða og reiði voru einnig líklegri en aðrir til að sækja sér þessa þjónustu.

Þegar samband neikvæðra lífsviðburða og notkunar óhefðbundinna aðila var skoðað kom í ljós lægst hlutfall notkunar hjá þeim sem ekki höfðu lent í neinum neikvæðum lífsviðburði (tæp 28%) ( $V = 0,068$ ;  $p < 0,05$ ). Töluverður munur var á þjónustunotkun svarenda eftir því hvernig þeir

Tafla II. Hlutfall (%) þeirra sem leituðu til óhefðbundna þjónustuaðila eftir skýringarbreytum

Breytur	%	n <sub>i</sub> /n <sub>k</sub> <sup>1</sup>	Phi / Cramér's V
<b>Kynferði</b>			
Karl	22,6	153/678	
Kona	41,3***	272/659	0,201
<b>Aldur</b>			
18-24 ára	33,8	67/198	
25-34 ára	36,2	96/265	
35-44 ára	33,1	96/290	
45-54 ára	32,8	83/253	
55-64 ára	26,2	50/191	
65 eða eldri	24,4	33/135	0,083
<b>Hjúskaparstaða</b>			
Gift(ur)/í sambúð	31,8	303/954	
Einhleyp(ur)	31,7	84/265	
Frákill(n)	31,3	26/83	
Ekill/ekkja	26,3	5/19	0,014
<b>Foreldri barns undir 18 ára aldri</b>			
Nei	31,5	218/693	
Já	32,0	201/629	0,005
<b>Menntun</b>			
Grunnskóli	28,5	59/207	
Framhaldsskóli	30,0	221/736	
Háskóli	37,2*	135/363	0,073
<b>Atvinna</b>			
Utan vinnumarkaðar	32,7	48/147	
Minna en 40 stundir á viku	35,0	116/331	
40 stundir eða meira á viku	30,4	234/770	0,043
<b>Árstekjur (einstaklings)</b>			
0-1699 þúsund	36,4	136/374	
1,7-3,4 milljónir	30,5	113/370	
3,5-5,4 milljónir	28,0	80/286	
5,5 milljónir eða meira	29,0	53/183	0,073
<b>Búseta</b>			
Reykjavíkursvæðið	32,7	280/855	
Landsbyggðin	30,1	145/482	-0,027
<b>Utan trúfélaga</b>			
Já	31,8	34/107	
Nei	32,3	369/1144	0,003
<b>Ég trú á Guð</b>			
Frekar/mjög sammála	33,5	324/966	
Frekar/mjög ósammála	27,6	87/315	-0,055
<b>Ég er trúður/trúuð</b>			
Frekar/mjög sammála	33,1	301/910	
Frekar/mjög ósammála	28,5	105/369	-0,045
<b>Öryrki (75%)</b>			
Já	56,0	28/50	
Nei	31,2***	376/1205	-0,104
<b>Langvinnir sjúkdómar/kvillar (staðfestir af lækni)</b>			
Engir sjúkdómar eða kvillar	26,4	168/637	
Einn sjúkdómur eða kvilli	33,5	94/281	
Tveir sjúkdómar eða kvillar	39,1	66/169	
Þrjú eða fleiri sjúkdómar eða kvillar	39,0***	97/249	0,119

  

Breytur	%	n <sub>i</sub> /n <sub>k</sub> <sup>1</sup>	Phi / Cramér's V
<b>Líkamleg vanlíðan</b>			
Lítil eða miðlungs	27,8	288/1037	
Mikill (efstu 20%)	46,7***	119/255	0,162
<b>Punglyndi</b>			
Lítil eða miðlungs	29,6	309/1045	
Mikið (efstu 20%)	42,1***	102/242	0,105
<b>Kvíði</b>			
Lítil eða miðlungs	30,0	322/1074	
Mikill (efstu 20%)	39,3**	94/239	0,078
<b>Reiði</b>			
Lítil eða miðlungs	29,3	289/987	
Mikill (efstu 20%)	39,4***	132/335	0,095
<b>Upplífað álag</b>			
Nokkuð/lítið/ekkert álag	29,5	297/1008	
Gífurlegt/mikið álag	40,2***	125/311	0,098
<b>Neikvæðir lífsviðburðir</b>			
Enginn viðburður	27,8	141/507	
Einn viðburður	34,6	123/356	
Tveir eða fleiri viðburðir	34,1*	158/464	0,068
<b>Langvinnir erfiðleikar</b>			
Engir erfiðleikar	23,5	12/51	
1-2 erfiðleikar	23,7	22/93	
3 eða fleiri erfiðleikar	32,9	309/1185	0,062
<b>Fjöldi læknisheimsóknna síðasta ár</b>			
Engin	20,7	56/271	
Ein heimsókn	23,7	68/287	
Tvær til þrjár heimsóknir	31,8	131/412	
Fjórar eða fleiri heimsóknir	46,2***	157/340	0,208
<b>Fjöldi heimsóknna til geðlæknis síðasta ár</b>			
Engin	31,5	405/1285	
Ein eða fleiri heimsóknir	42,6	20/47	0,044
<b>Ánægja með síðustu læknisheimsókn</b>			
Frekar/mjög ánægður	32,4	310/956	
Hvorki ánægður né óánægður	32,8	66/201	
Frekar/mjög óánægður	34,3	37/108	0,011
<b>Afstaða til notkunar ...</b>			
<b>lækniþjónustu</b>			
Frekar/mjög mótfallin/n	71,4	5/7	
Hvorki með né á móti	25,2	34/135	
Frekar/mjög fylgjandi	32,8*	382/1166	0,079
<b>geðlækniþjónustu</b>			
Frekar/mjög mótfallin/n	40,9	9/22	
Hvorki með né á móti	19,4	32/165	
Frekar/mjög fylgjandi	33,9***	380/1120	0,106
<b>óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu</b>			
Frekar/mjög mótfallin/n	16,3	14/86	
Hvorki með né á móti	18,0	67/372	
Frekar/mjög fylgjandi	40,2***	339/844	0,230

<sup>1</sup> n<sub>i</sub> er fjöldi einstaklinga sem fóru til tiltekins óhefðbundins aðila og n<sub>k</sub> er fjöldi einstaklinga sem svörðu viðkomandi spurningu.  
\* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001 (kí-kvaðrat próf)

upplifðu álag sitt ( $\beta = 0,098$ ;  $p < 0,001$ ).

Þá sýnir tafla II að eftir því sem lækniheimsóknnum fjölgaði hækkaði hlutfall þeirra sem höfðu nýtt sér óhefðbundna þjónustu. Hæst var hlutfallið hjá þeim sem höfðu farið í fjórar eða fleiri lækniheimsóknir síðastliðna 12 mánuði (46,2%), en hlutfallið var lægst hjá þeim sem ekki höfðu farið til lækni, eða 20,7% ( $V = 0,208$ ;  $p < 0,01$ ).

Þegar afstaða fólks til þjónustunotkunar var skoðuð kom í ljós að hátt hlutfall þeirra sem voru mótfallnir notkun hefðbundinnar lækniþjónustu nýttu sér óhefðbundna þjónustu, eða rúm 71%. Rétt er þó að athuga að þessi tala byggir á fáum einstaklingum. Næsthæsta hlutfall notenda óhefðbundinnar þjónustu var að finna í flokki þeirra sem voru fylgjandi hefðbundinni lækniþjónustu (tæp 33%). Þeir sem voru hvorki með né á móti notkun hefðbundinnar lækniþjónustu nýttu sér síst óhefðbundna þjónustu ( $V = 0,079$ ;  $p < 0,05$ ).

Svipað mynstur kom fram þegar afstaða til notkunar geðlækniþjónustu var athuguð. Þar var hlutfall notkunar á óhefðbundinni þjónustu hæst meðal þeirra sem voru mótfallnir geðlækniþjónustu (40,9%) og næsthæst meðal þeirra sem voru fylgjandi geðlækniþjónustu (33,9%) ( $V = 0,106$ ;  $p < 0,001$ ). Þá kemur líklega ekki á óvart að þeir sem voru fylgjandi óhefðbundinni heilbrigðisþjónustu voru mun líklegri til að nota hana (40,2%) en aðrir ( $V = 0,230$ ;  $p < 0,001$ ).

Breytur tengdar trúarlífi tengdust ekki notkun á óhefðbundinni þjónustu, né heldur langvinnir erfiðleikar, eða fjöldi heimsóknna til geðlækni.

Tafla III sýnir niðurstöður úr marghliða lógaritmalínulegri aðhvarfsgreiningu þar sem marktækar breytur voru valdar með þrepavali (stepwise selection). Samkvæmt tölflunni voru konur 2,3 sinnum líklegri til að nýta sér óhefðbundna heilbrigðisþjónustu en karlar. Þeir sem höfðu hærri tekjur notuðu þjónustuna frekar en þeir sem lægri tekjur höfðu. Þó var sambandið ekki allskostar línulegt því líkur á notkun óhefðbundinnar þjónustu voru minnstar í næstlægsta tekjuhópnum. Meiri líkamleg vanlíðan og reiði tengdust einnig auknum líkum á að leita til óhefðbundins aðila.

Þeir sem voru mótfallnir notkun lækniþjónustu voru 8,5 sinnum líklegri til að nota þjónustu óhefðbundinna aðila en þeir sem voru hlutlausir gagnvart lækniþjónustunni (hópur mótfallinna var þó fámennur). Þeir sem voru fylgjandi notkun á óhefðbundinni heilbrigðisþjónustu voru 3,2 sinnum líklegri til að nýta sér slíka þjónustu heldur en þeir sem voru hlutlausir í afstöðu sinni. Loks sýnir tafla III að þeir sem fóru oftar til lækni

**Tafla III.** Niðurstöður lógaritmalínulegrar aðhvarfsgreiningar á þáttum tengdum notkun óhefðbundinna þjónustuaðila ( $n = 1110$ ).

Breytur	B	Staðalvilla	OR (Exp B)
Kynferði (1=kona)	0,826***	0,154	2,284
Tekjur (á ári)			
1,7-3,4 milljónir	-0,160	0,178	0,852
3,5-5,4 milljónir	-0,028	0,197	0,973
5,5 milljónir eða meir	0,440	0,237	1,553
Líkamleg vanlíðan (stigakvarði)	0,042**	0,014	1,043
Reiði (stigakvarði)	0,072*	0,029	1,075
Afstaða til notkunar lækniþjónustu			
Fylgjandi	-0,341	0,252	0,711
Mótfallin/n	2,142	1,192	8,519
Afstaða til notkunar óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu			
Fylgjandi	1,171***	0,187	3,226
Mótfallin/n	-0,047	0,386	0,954
Fjöldi lækniheimsóknna	0,074***	0,022	1,077
Fasti	-2,297***	0,297	0,101
-2 Log Likelihood	1229,58		
Frígráður	1098		

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$  (tvíhliða próf)

voru líklegri til að leita einnig til óhefðbundins aðila.

## Umræður

Helstu niðurstöður rannsóknarinnar eru þær að notkun Íslendinga á óhefðbundinni heilbrigðisþjónustu hefur aukist um nálega 6% á átta árum. Nuddarar og sjúkranuddarar eru þeir óhefðbundnu þjónustuaðilar sem Íslendingar leita mest til.

Meiri notkun kvenna en karla á óhefðbundinni heilbrigðisþjónustu er í samræmi við fyrri rannsóknir erlendis og innanlands.<sup>2, 14, 15</sup> Þessi niðurstaða kemur ekki á óvart því konur nýta sér almennt heilbrigðisþjónustu meira en karlar. Skýringar á þessu kunna að liggja í því að konur hafi almennt meiri þörf fyrir heilbrigðisþjónustu en karlar, en einnig er hugsanlegt að áherslur margra óhefðbundinna meðferða (til dæmis áherslan á heildræna nálgun) höfði frekar til kvenna en karla.

Þótt erlendar rannsóknir leiði í ljós mun á notkun óhefðbundinnar þjónustu eftir aldri leiða hvorki fyrri né núverandi innlend rannsókn í ljós slíkan mun.<sup>15</sup> Tengsl herra menntunarstigs og notkunar óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu eru hins vegar í samræmi við erlendar og innlendar rannsóknir,<sup>2, 15</sup> en menntunarmunurinn var þó ekki marktækur þegar tekið var tillit til tekna í marghliða aðhvarfsgreiningu. Fólk með hærri

tekjur leitar frekar eftir þjónustu óhefðbundinna aðila en þeir sem lægri tekjur hafa<sup>2</sup> og kann það einkum að stafa af því að sjúkratryggingar taka almennt ekki þátt í kostnaði fólks við þessa þjónustu. Ekki var munur á notkun eftir hjúskaparstöðu og er það í samræmi við sumar aðrar rannsóknir.<sup>15</sup> Ekki var heldur munur eftir foreldrastöðu. Engar af trúarlífsbreytum rannsóknarinnar tengdust notkun óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu, en fyrri rannsóknir hafa verið misvísandi í þessu sambandi.<sup>8, 9</sup> Mögulegt er að trúarleg viðhorf, reynsla eða athafnir tengist sumum af hinum óhefðbundnu meðferðum (til dæmis hugrænum eða andlegum meðferðum), en ekki öðrum, en það þyrfti nánari skoðun.

Í ljós kom að öryrkjar, þeir sem búa við langvinn veikindi eða glíma við mikla vanlíðan höfðu frekar nýtt sér þjónustu óhefðbundinna aðila. Þetta er í samræmi við fyrri rannsóknir,<sup>8, 12, 15</sup> þótt örorka og reiði hafi að vísu ekki verið skoðuð áður í þessu sambandi svo vitað sé. Í aðhvarfsgreiningu voru það líkamlega vanlíðanin og reiðin sem skiptu mestu máli af heilsufarsbreytunum. Auk þess leituðu einstaklingar frekar til óhefðbundins aðila ef þeir höfðu orðið fyrir neikvæðum lífsviðburðum eða töldu sig vera undir miklu álagi, sem er í samræmi við niðurstöður úr fyrri innlendri rannsókn.<sup>15</sup> Þetta virðist mega skýra út frá heilsufari, því þegar tekið var tillit til heilsuþreytanna í aðhvarfsgreiningu hvarf samband álags og þjónustunotkunar. Tengsl milli líkamlegrar vanlíðunar og reiði og notkunar óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu vekur upp spurningar um hve vel hið hefðbundna heilbrigðiskerfi sinnir þörfum þeirra skjólstæðinga sem glíma við þrálát verkja- og þreytueinkenni eða eiga við vanstillingu og hvatráði að etja.

Þeir sem fóru oftast til læknis nýttu sér frekar þjónustu óhefðbundinna aðila. Það bendir til að þeir sem nýta sér óhefðbundna heilbrigðisþjónustu geri það fremur í viðbót við, en í staðinn fyrir, hefðbundna læknisþjónustu og er þá talað um slíka notkun sem viðbótarmeðferð.<sup>20</sup> Niðurstöður varðandi viðhorf til notkunar læknisþjónustu voru í samræmi við þetta. Stærsti hópur þeirra sem nýtti sér óhefðbundna þjónustu var fylgjandi því að fólk nýtti sér þjónustu lækna. Líklegt er að þessi hópur noti óhefðbundna þjónustu sem viðbótarmeðferð. Hins vegar kom fram lítill hópur sem notaði óhefðbundna þjónustu og hafði neikvæð viðhorf til læknisþjónustu. Líklegt er að þessi hópur noti óhefðbundna þjónustu fremur sem annars konar meðferð, en ástæða væri til að athuga það nánar. Svipaðar niðurstöður komu fram þegar afstaða til geðlæknisþjónustu var skoðuð, en það samband reyndist ekki marktækt

í aðhvarfsgreiningu. Loks kom ekki á óvart að samband var á milli þess að nýta sér óhefðbundna þjónustu og að vera fylgjandi notkun slíkrar þjónustu.

Hjúkrunarfræðingar hafa lengi haft jákvæða afstöðu til notkunar óhefðbundinna meðferða í starfi, en segja má að hin heildræna sýn þessara meðferða á sjúklinginn falli vel að hugmyndafræði hjúkrunar.<sup>20</sup> Hjúkrunarfræðingar nota nú þegar gagnreyndar viðbótarmeðferðir svo sem nudd og slökun á heilbrigðisstofnunum.<sup>21</sup> Ástæðan fyrir notkun þessara meðferða innan heilbrigðisgeirans er fyrst og fremst sú að hefðbundin úrræði til að draga úr einkennum sjúklinga eins og kvíða, verkjum og svefnleysi reynast oft ófullnægjandi. Í skýrslu heilbrigðisráðherra um græðara og starfsemi þeirra á Íslandi er lagt til að hið opinbera taki virkan þátt í að móta umhverfi og skilyrði þessarar ört vaxandi atvinnugreinar með því meðal annars að hvetja til samvinnu milli græðara og heilbrigðisstarfsfólks og stuðla að gagnkvæmri þekkingu milli þessara sviða. Í því sambandi er lagt til að heilbrigðisfyrirvöld beini þeim tilmælum til heilbrigðisstofnana að sjúklingar hafi rétt til að nýta sér heilsutengda þjónustu græðara og hvatt er til þess að heilbrigðisstofnanir móti sér stefnu í þessum efnum.<sup>3</sup> Innan heilbrigðisstofnana á Íslandi skortir almennt reglur um hvernig nota má óhefðbundnar meðferðir sem viðbótarmeðferðir, en á lyflækningasviði II á Landspítala hefur slík stefna verið mörkuð.<sup>22</sup>

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að notkun óhefðbundinna meðferðaraðila sé í sókn hér á landi og því umhugsunarefni hve viðbrögð hins almenna heilbrigðiskerfis við þessari þróun virðast takmörkuð. Erlendar rannsóknir sýna að sjúklingar sem leita til almenna heilbrigðiskerfisins greina yfirleitt ekki frá óhefðbundnum meðferðum sem þeir nota og heilbrigðisstarfsfólkið spyr ekki um þær og veit jafnvel ekki um hvað ætti að spyrja.<sup>2</sup> Miklu máli getur skipt að afla upplýsinga um óhefðbundna meðferðanotkun sjúklinga, meðal annars vegna mögulegra neikvæðra samvirkniáhrifa hefðbundinna og óhefðbundinna meðferða.<sup>2</sup> Því virðist ástæða til að auka áherslu á óhefðbundnar meðferðir í námi heilbrigðisstétta til að bæta upplýsingaöflun um meðferðanotkun sjúklinga, ráðleggja þeim betur um óhefðbundnar meðferðir, og eftir atvikum skipuleggja samþætta meðferð eða viðbótarmeðferð samhliða hefðbundinni meðferð, ef tilefni er til og faglegar forsendur fyrir hendi.<sup>2, 20</sup>

Óhefðbundin heilbrigðisþjónusta er margþætt og einhverjir þættir hennar kunna að hafa fallið utan spurningalista þessarar rannsóknar.

Í framhaldsrannsókn væri ástæða til að sundurgreina notkun þjónustuaðila og draga fram það sem tengist notkun hvers aðila. Einnig væri ástæða til að athuga hverjir nota óhefðbundna þjónustu í viðbót við þá hefðbundnu og hverjir nota óhefðbundna þjónustu í staðinn fyrir þá hefðbundnu. Afdrif einstakra notendahópa væri einnig verðugt rannsóknarefni.

## Pakkir

Heilbrigðiskönnunin Heilbrigði og aðstæður Íslendinga hlaut styrk frá rannsóknasjóði Rannís og rannsóknasjóði Háskóla Íslands.

## Heimildir

- National Center for Complimentary and Alternative Medicine (NCCAM). What is CAM? <http://nccam.nih.gov> Maí 2009.
- Eisenberg, DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998; 280: 1569-75.
- Skýrsla heilbrigðisráðherra um græðara og starfsemi þeirra (Lögð fyrir Alþingi á 131. löggjafarþingi 2004-2005). [www.althingi.is/altext/131/s/0731.html](http://www.althingi.is/altext/131/s/0731.html) Maí 2009.
- Goldstein MS. The growing acceptance of complementary and alternative medicine. Í: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, ritsj. *Handbook of Medical Sociology*. 5th ed. Prentice Hall, New Jersey 2000: 284-97.
- Xue CC, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *J Altern Complement Med* 2007; 13: 643-50.
- Kjøller M. Hvem og hvor mange benytter sig af alternative behandlingstilbud? I: *Alternativ Behandling*. Teknologirådets rapporter 2002/7. Teknologirådet, København 2002: 122-32. [www.tekno.dk/pdf/projekter/p02\\_alternativ-behandling-rapport.pdf](http://www.tekno.dk/pdf/projekter/p02_alternativ-behandling-rapport.pdf). Maí 2009.
- Det kongelige helsedepartement. Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. Ot. prp. nr. 27 (2002-2003). <http://odin.dep.no/hod/norsk/publ/otprp/042001-050013/index-dok000-b-n-a.html> Maí 2009.
- Hildreth KD, Elman C. Alternative worldviews and the utilization of conventional and complementary medicine. *Sociol Inq* 2007; 77: 76-103.
- Kelner M, Wellman B. Health care and consumer choice: medical and alternative therapies. *Soc Sci Med* 1997; 45: 203-12.
- Krauss HH, Godfrey C, Kirk J, Eisenberg DM. Alternative health care: its use by individuals with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 1440-7.
- Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005; 16: 655-63.
- Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA* 1998; 279: 1548-53.
- Gortmaker SL, Eckenrode J, Gore S. Stress and the utilization of health services: a time series and cross-sectional analysis. *J Health Soc Behav* 1982; 23: 24-38.
- Haraldsdóttir S. Notkun kvenna og karla á heilbrigðisþjónustu. Í: Jónsdóttir LS, ritsj. *Heilsufar kvenna. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið*, Reykjavík 1998: 109-15.
- Vilhjálms R. A national study of factors related to the use of alternative health services. Veggspjald kynnt á 15. norrænu lýðheilsuráðstefnunni (Nordic Conference on Social Medicine), Hótel Sögu, Reykjavík, 3.-5. júní, 1999.
- Vilhjálms R, Kristjánsdóttir G, Sveinbjarnardóttir E. Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol* 1998; 33: 97-103.
- Dillman DA. The design and administration of mail surveys. *Ann Rev Sociol* 1991; 17: 225-49.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9: 13-28.
- Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983; 13: 595-605.
- Gunnarsdóttir ÞJ. Viðbótarmeðferðir í hjúkrun. Í: Jónsdóttir H, ritsj. *Frá innsæi til inngripa: Þekkingarþróun í hjúkrunar- og ljósmóðurfraði. Hið íslenska bókmenntafélag*, Reykjavík 2006: 341-57.
- Guðlaugsdóttir DÓ. Samþætt viðbótarmeðferð fyrir sjúklinga með illkynja sjúkdóma á lyflækningasviði II LSH: Könnun á áhrifum slökunar á sjúklinga á göngudeild. Öbirt BS-ritgerð. *Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands* 2007.
- Gunnarsdóttir ÞJ, Friðriksdóttir N, Jónasdóttir L, Smáradóttir A. Landspítali: Stefna um viðbótarmeðferðir á lyflækningasviði II Landspítala. [www4.landspitali.is/lysh\\_ytri.nsf/pages/frettir\\_4542/\\$FILE/vidbotarmeðferdir\\_lyf-II\\_2008.pdf](http://www4.landspitali.is/lysh_ytri.nsf/pages/frettir_4542/$FILE/vidbotarmeðferdir_lyf-II_2008.pdf) - Maí 2009.

## Utilization of complimentary and alternative health services in Iceland

**Objective:** Westerners increasingly use complimentary and alternative (CAM) methods for curing illness and promoting health. The central ideas of CAM appear to resonate with large segments of the general public. Little is known about CAM use in Iceland. The purpose of the study was to assess the scope of utilization of CAM providers and the likely explanatory factors.

**Material and methods:** The data come from a national postal health survey that took place during the Fall of 2006. A sample of Icelandic adults, age 18-75, was randomly drawn from the National Register. 1532 individuals responded to the survey yielding a 60% response rate.

**Results:** Almost 32% of the respondents had used a CAM provider in the past 12 months, an estimated increase of 6% since 1998. Women and high income individuals were

more likely to use a CAM provider than men and lower income individuals. Physical and mental distress was also related to the likelihood of CAM use. Individuals having negative or positive attitude toward physician services were more likely to use a CAM provider than those expressing a neutral attitude. Finally, repeated physician visits were related to an increased likelihood of CAM use.

**Conclusions:** Icelanders use CAM providers to a considerable degree, and CAM use has increased in recent years. It appears that some clients regard the care they receive in the general health system as insufficient. Most CAM users appear to use CAM treatments as a supplement to the care received in the general health system.

Helgadóttir B, Vilhjálmsson R, Gunnarsdóttir TJ.

Utilization of complimentary and alternative health services in Iceland. *Icel Med J* 2009; 96: 267-73.

**Key words:** complimentary and alternative health care, social groups, health, physician visits.

**Correspondence:** Rúnar Vilhjálmsson, [runarv@hi.is](mailto:runarv@hi.is)

Barst: 12. maí 2009, - samþykkt til birtingar: 7. febrúar 2010

Hagsmunatengsl: Engin