

CAST - Center for Anvendt
Sundhedstjenesteforskning og
Teknologivurdering

J. B. Winsløvs Vej 9B, 1. sal
5000 Odense C

Tlf: 6550 1000
Fax: 6550 3880

Analyse af det danske udbud af komplementær og alternativ behandling

September 2007

Sanne Jeppesen
Charlotte Horsted
Kjeld Møller Pedersen
Annemarie Goldschmidt
Leila Eriksen
Jan Sørensen

Kolofon

Titel	Analyse af det danske udbud af komplementær og alternativ behandling
Forfatter	Sanne Jeppesen, Charlotte Horsted, Kjeld Møller Pedersen, Annemarie Goldschmidt, Leila Eriksen, Jan Sørensen
Institutnavn	CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering
Forlagets navn	Syddansk Universitet, Indkøbsafdelingen
Udgivelsesdato	September 2007
Trykkested	Syddansk Universitets Trykkeri
ISBN nr.	87-90923-93-6
Stregkode	9788790923983

Indhold

Forord	vi
Ordliste	viii
0. Sammenfatning	9
1. Baggrund og formål	12
1.1. Definition af komplementær og alternativ behandling (KAB)	12
2. Metode	15
2.1. Spørgeskema	15
2.2. Respondentrekruttering	15
2.3. Registrering og udsendelse af spørgeskemaer	17
2.4. Rykkerbrev	17
2.5. Statistisk analyse	17
3. Datamateriale	18
3.1. Resultat af dataindsamlingen: antal indkomne besvarelser og frafaldsanalyse	18
3.2. Databehandling af inaktive respondenter	21
3.3. Frafaldsanalyse – undersøgelse af frafald ved mindre spørgeskema	21
3.4. Vurdering af KAB ratioen pr. 100.000 borgere i Danmark	23
4. Resultater	25
4.1. Baggrundsvariable	25
4.1.1. Hvad kendetegner de komplementære og alternative behandlere i Danmark?	25
4.1.2. Respondenternes erhvervmæssige baggrund	26
4.1.3. KAB som hoved- eller bierhverv?	27
4.1.4. Primære og sekundære KAB områder	28
4.2. KAB uddannelse	30
4.2.1. Efteruddannelse	31
4.2.2. Hvorfor er respondenterne blevet KAB?	32
4.3. Respondenternes organisatoriske baggrund	33
4.3.1. RAB registrering	33
4.4. Markedsføring	34
4.5. Respondenternes organisering	35
4.5.1. Klinik eller virksomhed?	35
4.5.2. Multipartnerpraksis	37
4.5.3. Geografisk spredning	37
4.5.4. Fordeling af arbejdstid	38
4.6. Analyse af klientaftaler og priser	38
4.6.1. Prisfastsættelse	42
4.6.2. Prisjustering	42
4.7. Analyse af respondenternes samarbejde med andre behandlere	43
4.7.1. Henviingsmønstre	44
4.7.2. Behandling i det etablerede sundhedsvæsen for samme problem?	45

4.8. Analyse af respondenternes økonomiske forhold	46
4.8.1. Naturmedicin	47
4.9. Journal og effektvurdering	49
4.9.1. Journalføring	50
4.9.2. Effektvurdering	50
4.9.3. Forskningsprojekter	52
4.10. Kræftbehandling	52
4.10.1. Kræftklienternes henvisningsmønster	54
5. Diskussion	57
6. Konklusion	60
Referencer	63

Bilag

Bilag 1: RAB registreringsordningen

Bilag 2: Spørgeskema

Bilag 3: Rykkerspørgeskema

Bilag 4: Invitation til organisationer/brancheforeninger

Bilag 5: Følgebrev til de komplementære og alternative behandlere

Bilag 6: Følgebrev til 1. rykkerbrevsudsendelse

Bilag 7: Følgebrev til 2. rykkerbrevsudsendelse

Tabeller

Tabel 1. Kontaktede behandlerorganisationer	16
Tabel 2. Svarprocenten fordelt på brancheorganisationer	20
Tabel 3. Årsager til manglende KAB aktivitet.....	21
Tabel 4. Årsag til manglende deltagelse	22
Tabel 5. Årsag til at respondenterne ikke længere er aktive behandler	23
Tabel 6. BaggrundsvARIABLE	26
Tabel 7. Respondenterne erhvervs-mæssige uddannelse ud over KAB, beskæftigelse forinden KAB samt gennemsnitlig antal år som aktiv behandler	28
Tabel 8. Fordeling (%) af respondenter med en sekundær komplementær/alternativ beskæftigelse	29
Tabel 9. KAB uddannelse og omkostning	30
Tabel 10. Respondenterne efteruddannelse	32
Tabel 11. Årsager til valg af uddannelse som komplementær og alternativ behandler ..	32
Tabel 12. RAB kendskab og registrering samt medlemskab af brancheorganisation.....	34
Tabel 13. Markedsføring opdelt efter hoved-/bierhverv.....	35
Tabel 14. Markedsføringsstrategier.....	35
Tabel 15. Respondenterne arbejdsplads	36
Tabel 16. Adresse på klinik	36
Tabel 17. Samarbejde med andre alternative og komplementære behandlere.....	37
Tabel 18. Geografisk placering i Danmark	38
Tabel 19. Gennemsnitligt antal arbejdstimer pr uge (standardafvigelse)	38
Tabel 20. Klienter i 2005 fordelt på behandler-type (standardafvigelse).....	39
Tabel 21. Klienter i 2005 fordelt på beskæftigelsesgrad (standardafvigelse).....	39
Tabel 22. Behandlingsvarighed (min.), priser (kr.) samt gennemsnitligt antal kontakter (standardafvigelse)	41
Tabel 23. Prissætningsmetoder.....	42
Tabel 24. Justering af behandlingspriser	43
Tabel 25. Årsager til at klienter søger behandling hos respondenterne	44
Tabel 26. Respondenterne henvisninger i procent.....	44
Tabel 27. Andel af klienter, der tidligere har været i behandling.....	45
Tabel 28. Andel af klienter, der samtidig er i behandling i det etablerede sundhedsvæsen	46
Tabel 29. Bruttoomsætning og procentdel til husleje etc. fordelt på beskæftigelsesgrad	46
Tabel 30. Bruttoomsætning og procentdel til husleje etc. fordelt på behandler-type.....	47
Tabel 31. Salg af naturmedicin.....	48
Tabel 32. Momsregistrering og moms-fritagelse	49
Tabel 33. Journalføring.....	50
Tabel 34. Indsamling af information om effekt af behandling.....	51
Tabel 35. Metoder til indsamling af effektdata	51
Tabel 36. Deltagelse i forskningsprojekter	52
Tabel 37. Kræftpatienter og ressourceforbrug.....	53
Tabel 38. Henvisningsmønster.....	54
Tabel 39. Procentvis fordeling af kræfttyper	55
Tabel 40. Behandling af kræfttyper opdelt efter KAB behandler-type.....	56

Figurer

Figur 1. Dataindsamling 19

Forord

Danskerne efterspørger i stor udstrækning ydelser fra komplementære og alternative behandlere, som et supplement til eller erstatning for ydelser i det konventionelle sundhedsvæsen. I modsætning til det konventionelle sundhedssystem, hvor der er mangeårige traditioner for en central styring, kontrol med serviceudbud og sikring af faglig kvalitet og udvikling, er udbuddet af behandlingstilbud fra komplementære og alternative behandlere langt mindre kontrolleret.

Inden for de seneste 8-10 år har komplementære og alternative behandlinger været genstand for større opmærksomhed blandt sundhedsmyndighederne, og der har været flere tiltag for at sikre større gennemsækelighed og faglig kvalitet på området. Dette har blandt andet givet anledning til, at medlemmer af en række komplementære og alternative behandlerorganisationer har fået adgang til en registrering som komplementære og alternative behandlere, den såkaldte RAB registreringsordning (RAB = Registrerede Alternative Behandlere). Denne ordning skal sikre klienterne, at behandleren har gennemgået en professionel uddannelse (se Bilag 1: RAB registreringsordningen for oversigt over hvilke foreninger, der er med i RAB ordningen).

Der er også eksempler på sundhedsmyndigheder, som har udarbejdet planer og strategier for anvendelse af komplementære og alternative behandlinger, og der gennemføres løbende forsøg for at dokumentere behandlingseffekterne, samt integrere og sikre gode samarbejdsrelationer til det etablerede sundhedsvæsen.

Der findes efterhånden en del erfaringer med at gennemføre forsøg med komplementære og alternative behandlinger med henblik på at beskrive mulige helbredsmæssige og andre effekter, der kan opnås med denne type behandlinger. Der findes også en del viden om befolkningens efterspørgsel efter behandlingerne og hvilke ønsker og forventninger, patienterne har til disse. Derimod findes der meget sparsom viden om udbyderne af komplementære og alternative behandlinger. Enkelte behandlerforeninger har gennemført analyser, der beskriver behandlingsformer inden for deres områder, men resultaterne kan ikke umiddelbart generaliseres til andre behandlingsområder.

Denne rapport tager udgangspunkt i udbudssiden og søger at give en overordnet beskrivelse heraf.

Analysen er gennemført af en forskergruppe, der har forankring ved Syddansk Universitet. Statens Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling (VIFAB) har gennem en bevilling til forskningsnetværket Center for Tværvideenskabelige Evalueringsstudier af Komplementær og Alternativ Behandling ved Syddansk Universitet (CCESCAM) bidraget til analysens finansiering. CCESCAM blev etableret i 2005 og har til formål at udvikle forskning inden for det komplementære og alternative behandlingsområde.

Vi vil gerne takke de mange behandlerorganisationer for samarbejdet omkring projektet i form af at give adgang til organisationernes medlemsdatabase, og specielt personer, som har hjulpet med at udvikle og validere det anvendte spørgeskema, heriblandt repræsentanter fra behandlerorganisationer, ViFAB, samt en mindre gruppe behandlere, som har deltaget i afprøvningen af spørgeskemaet. Vi vil også takke de mange personer, som har

brugt tid på at udfylde og returnere det omfattende spørgeskema, som ligger til grund for nærværende rapports analyser.

Den oprindelige ide til projektet blev skabt af Kjeld Møller Pedersen, der sammen med Leila Eriksen, Annemarie Goldschmidt og Jan Sørensen har udviklet det overordnede projektdesign. Spørgeskemaet blev udviklet af Charlotte Horsted i samarbejde med projektgruppens øvrige medlemmer. Charlotte Horsted har endvidere sammen med Leila Eriksen og Annemarie Goldschmidt været ansvarlig for kontakten til behandlerorganisationer og identifikation af potentielle respondenter. Sanne Jeppesen har været ansvarlig for behandlingen af de returnerede spørgeskemaer, udsendelse af rykkerbreve, samt analyse og udarbejdelse af rapportens analyseafsnit. Den samlede forfattergruppe har bidraget med tekstafsnit og kommentering af rapportudkast mv.

Forfatterne, september 2007

Ordliste

I rapporten anvendes forkortelsen KAB til at betegne komplementær og alternativ behandling eller personer, der tilbyder komplementær og alternativ behandling (dvs. behandlerne). Vi er opmærksomme på, at visse former for KAB ikke omfatter egentlig behandling, men er rådgivning som fx ydelser fra clairvoyante. Vi har dog valgt at anvende forkortelsen så den dækker både behandling og rådgivning.

Anvendte forkortelser for behandlerorganisationer

Forkortelse	Navn
BF	Biopatforeningen
BFM	Brancheforeningen for Fysiurgisk Massage
BT	Bachterapeuter - Center for Alternative Sundhedsuddannelser
CF	Clairvoyant Foreningen
DA	Danske Akupunktører
DHF	Dansk Heilpraktiker Forening
DK	Danske Kinesiologer
DSKH	Dansk Selskab for Klassisk Homøopati
DSOCM	Dansk Selskab for Osteopatisk Craniosacral Medicin
FAK	Foreningen af Kunstterapeuter
FDZ	Forenede Danske Zoneterapeuter
FPP	Foreningen for Praktiserende Phytoterapeuter
HR	Healer-ringen
HS	Holistisk sundhed
HT	Hypnoterapeut.dk
KST	Foreningen af Kranio-Sakral Terapeuter
LNS	Landsorganisationen NaturSundhedsrådet
NLP	Dansk NLP Psykoterapeutforening
NMT	Nordlys Massage Terapeuter
PA	Praktiserende Akupunktører
PNLPD	Professionelle NLP Psykoterapeuter i Danmark
SAB	Sammenslutningen af Alternative Behandlerne
SFZ	Skandinavisk Forening for Zoneterapeuter
TZK	Foreningen for Traditionelt Kinesisk Zoneterapi
ZCT	Zoneconnections terapeutforening

0. Sammenfatning

Det findes generelt meget lidt viden om det danske udbud af komplementære og alternative behandlinger (KAB). Denne rapport har til formål at give en aktuel beskrivelse af KAB udbuddet.

Projektet har været forankret i Center for Tværvideenskabelige Evalueringsstudier af Komplementær og Alternativ Behandling (CCESCAM) ved Syddansk Universitet og er gennemført som et samarbejdsprojekt mellem forskere og alternative behandlere. Projektet blev muliggjort via en bevilling fra Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling (ViFAB).

Formålet med projektet har været at indsamle viden om, hvor mange professionelle udbydere (dvs. alternative/komplementære behandlere/rådgivere), der findes i Danmark og deres uddannelsesmæssige og faglige baggrund. Desuden har projektet fokuseret på behandlernes organisatoriske forhold, herunder praksisorganisering, registrering som RAB behandlere, samarbejde med det etablerede sundhedsvæsen, kvalitetsudvikling, markedsføringsstrategier, behandlingskapacitet, samt klientstrømme og principper for fastsættelse af honorar.

Analysen er gennemført som en spørgeskemaundersøgelse, hvor der er udsendt et spørgeskema til de samarbejdende organisationers medlemmer. Af praktiske årsager blev der kun rettet henvendelse til behandlere, som var tilknyttet en behandlerforening. Med denne strategi er vi måske ikke nået ud til alle KAB'er, men det er vores opfattelse, at vi har nået en meget stor del af de, der arbejder professionelt med KAB og er organiseret i en brancheorganisation.

Det, der kendetegner de aktive, organiserede komplementære og alternative behandlere i Danmark er, at 83% er kvinder og gennemsnitsalderen er 49 år. Der er en vis variation mellem de forskellige KAB typer. Andelen af kvinder blandt hypnoterapeuter/ hypnotisører er eksempelvis 36%.

Hovedparten af respondenterne har en erhvervmæssig uddannelse ud over den komplementære og alternative (88%). Blandt disse har flere end en fjerdedel (29%) taget en uddannelse indenfor det sundhedsfaglige område. Om man har en baggrund indenfor det sundhedsfaglige område divergerer dog behandler typerne imellem. Således har 52% af akupunktørerne en sundhedsfaglig uddannelse ud over KAB, medens der blandt hypnoterapeuter/hypnotisører kun er 4%.

Hvis man ser på den sundhedsfaglige baggrund, da har den erhvervmæssige baggrund ikke uventet en indflydelse på, hvilken type KAB man oftest er. Blandt læger/tandlæger/dyrlæger finder man respondenter, der primært er beskæftiget med akupunktur (28%) eller kinesiologi (20%). Ergo- og fysioterapeuter vælger at blive kranio-sakral terapeuter (29%), zoneterapeuter (19%) eller akupunktør (19%). Blandt dem, der har en erhvervmæssig uddannelse som jordmoder eller sundhedsplejerske har mere end halvdelen valgt zoneterapi. For sygeplejerskerne er fokus primært på zoneterapi (37%) og akupunktur (30%).

Endvidere fremgår det af analysen, at:

- Det er estimeret, at der er omkring 2700 aktive, organiserede KAB'er svarende til en ratio på omkring 50 KAB'er pr. 100.000 indbyggere.
- Knap halvdelen af respondenterne anvender KAB som hovederhverv med en gennemsnitlig arbejdsuge på 35 timer.
- Respondenterne har i gennemsnit været aktive i 9 år. Det relativt lave tal skal ses i lyset af, at hovedparten har en erhvervsuddannelse og har anvendt denne før de blev KAB.
- Ofte praktiseres der inden for flere hovedområder. Således har 74% af respondenterne tilkendegivet at yde KAB på flere områder samtidigt – fx både zoneterapi og akupunktur. I gennemsnit har respondenterne 1,2 sekundære KAB områder foruden deres primære KAB beskæftigelse. Ingen behandlertyper adskiller sig væsentligt herfra. De behandlertyper, der hyppigst angives som værende sekundære, er healer (22%), fysiurgisk massør/massør (22%), zoneterapi (13%), kranio-sakral terapeut (12%) samt akupunktør (11%).
- Langt de fleste respondenter har modtaget en eller flere former for undervisning i KAB.
- Ydere af komplementære og alternative behandlinger fortsætter med at videreudanne sig. Dette faktum afspejles bl.a. i, at respondenterne har 1,2 sekundære KAB områder foruden deres primære KAB område. I gennemsnit anvender respondenterne omtrent 2 arbejdsår til KAB uddannelsen.
- Hovedparten af respondenterne har kendskab til RAB registrering – ca. halvdelen var på undersøgelsestidspunktet registrerede.
- Respondenterne har typisk valgt at beskæftige sig med KAB, som følge af de selv er blevet behandlet af en KAB eller på grund af utilfredshed med det etablerede sundhedssystem.
- I gennemsnit anvender respondenterne fire forskellige markedsføringsmetoder. De oftest anvendte metoder er internetbaserede, enten i form af egen hjemmeside eller registrering på fælles hjemmeside. ”De gule sider”, aviser, brochure og ”mund til mund” metoden er andre ofte angivne markedsføringsmetoder.
- Respondenterne har samlet haft over en halv mio. klientaftaler i 2005. I gennemsnit anvendes ca. 6 konsultationer pr. behandlingsforløb.
- Den gennemsnitlige bruttoomsætning er estimeret til knap 150.000 kr. Respondenter med KAB som hovederhverv har en gennemsnitlig omsætning på 234.000 kr. Desuden er hovedparten af respondenterne momsfrataget (85%).
- Knap en tredjedel af respondenterne sælger naturmedicin og solgte i gennemsnit for 24.000 kr.
- Halvdelen af respondenterne fastsætter prisen efter hvad de synes er rimeligt for en behandling. Der er ingen tendenser til, at priserne justeres efter et bestemt mønster. I gennemsnit er prisen for en halv times konsultation 149 kr.
- Hovedparten af respondenterne har klinik på deres private adresse med eller uden selvstændig indgang til klinikken. Omkring en tredjedel arbejder i multi-partnerpraksis.
- Der er ikke umiddelbart tegn på et nært samarbejde med det etablerede system, da blot 4 % af klienterne bliver anbefalet herfra. Modsat har KAB henvist 13 % af deres klienter til det etablerede system. En stor del af klienterne er i samtidig behandling for samme lidelse i både det etablerede system og KAB.

- Blandt respondenterne angav 2%, at de på svartidspunktet medvirkede i et eller flere forskningsprojekter, mens 10% angav, at de tidligere har deltaget i forsøg.

Afslutningsvis er der sat fokus på behandling af klienter med kræft. Ca. halvdelen af respondenterne oplever at blive kontaktet af klienter med kræft. Akupunktører og klassiske homøopater bliver hyppigst kontaktet.

Af de behandlere, der bliver kontaktet af klienter med kræft, yder næsten samtlige (90%) behandling til disse. I gennemsnit har hver enkelt behandler ni kræftklienter årligt og hovedparten (88%) af klienterne anvender KAB som supplement til den behandling, de får i det etablerede behandlingssystem. Kun en lille andel af klienterne bliver anbefalet fra det etablerede sundhedsvæsen.

Konklusion

På baggrund af analysen vurderes der i Danmark at være godt 2.700 aktive, organiserede KAB'er. Den gennemsnitlige årlige omsætning vurderes til omkring 150.000 kr. (2005-prisniveau), hvilket svarer til en samlet omsætning for branchen på omkring 400 mio. kr. Set i lyset af efterspørgselens størrelse (knap hver 5. dansker, svarende til 1 mio. personer har brugt KAB i løbet af det seneste år) og denne undersøgelses vurdering af KAB'ernes kapacitet og omsætning, forekommer en samlet omsætning på 400 mio. kr. at være undervurderet. Hvis vurderingen af efterspørgselen er korrekt, så er der en del behandlinger, som ydes af personer, som ikke har deltaget i nærværende undersøgelser, fx personer der er tilknyttet organisationer, som ikke har medvirket i undersøgelsen eller som står uden for de traditionelle brancheforeninger.

En meget stor del af de aktive, organiserede KAB'er har gennemført et længerevarende uddannelsesforløb inden for KAB. Omkring 1/3 har en traditionel sundhedsfaglig uddannelse bag sig, inden de har påbegyndt KAB uddannelsen. De fleste KAB'er har kendskab til den nye RAB ordning og langt de fleste, som har mulighed herfor, er registreret eller påtænker at blive RAB registreret. Omkring 85% af respondenterne opfylder gennem et uddannelsesforløb på mere end 660 timer kravene til momsfrigørelse.

De store KAB typer omfatter zoneterapi, fysiurgisk massage/massage, akupunktur og kranio-sakral terapi, der samlet dækker over 2/3 af undersøgelsens respondenter. Det er karakteristisk at rigtig mange respondenter har angivet at yde behandling/rådgivning uden for deres primære KAB type. Godt 1/3 af zoneterapeuterne angiver, at de også beskæftiger sig med fysiurgisk massage og 20% med healing, mens mange akupunktører også beskæftiger sig med zoneterapi og fysiurgisk massage.

1. Baggrund og formål

1.1. Definition af komplementær og alternativ behandling (KAB)¹

Der findes mange forskellige definitioner og opfattelser af komplementær og alternativ behandling. Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling (ViFAB)² (2) har opstillet fire forskellige måder, som folk bruger og forholder sig til alternativ behandling på:

- Det alternative behandlerområde kan forstås som et **supplement til konventionel behandling**. I den forstand betragtes alternativ behandling som sekundær i forhold til konventionel behandling. Det er brugerens eget valg, om de vil benytte alternativ behandling, men det understreges, at behandlingstilbuddene ligger uden for det konventionelle sundhedssystem. Derfor kan brugerne (endnu) ikke opnå økonomisk og juridisk støtte via henholdsvis sygeforsikringen og patientklagenævnet.
- Alternativ behandling kan forstås i betydningen **komplementær behandling**. Her er der tale om to måder at forholde sig til mennesket/verden, sundhed og sygdom på. De har vidt forskellige løsnings – og forklaringsmodeller. Begge systemer er lige ”rigtige” og kan ikke undværes. Hvor konventionel behandling er særlig hensigtsmæssig i nogle sammenhænge, spiller alternativ behandling en anden og mindst lige så vigtig rolle, men med et andet fokus.
- Alternativ behandling kan forstås som et **reelt alternativ til konventionel behandling**. Her er der ikke tale om et supplement til konventionel medicin, en række sidestillede og nødvendige behandlingstilbud, men derimod om et behandlingssystem, som kan konkurrere med konventionel behandling.
- Alternativ behandling kan forstås som udtryk for **irrationel tænkning**, som er unødvendig og i værste fald ”farlig”. Modsat konventionel behandling betragtes alternativ behandling for at være uvidenskabelig og uden dokumentation for effekt.

Rent lovgivningsmæssigt forstås alternativ behandling som *”de terapier, der rækker ud over de behandlingstilbud, der tilbydes i det offentligt finansierede sundhedssystem og som ikke er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn”* (1). Sundhedsstyrelsen fører således ikke noget egentligt tilsyn med alternative behandlere, men pr. 1. juni 2004 trådte en lov om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere i kraft. Herigennem bliver der ført tilsyn med, at behandlerne opfylder en række faglige, etiske og uddannelsesmæssige krav.

Statens Institut for Folkesundheds Sygeligheds- og Sundhedsundersøgelser anvender følgende definition om begrebet alternativ behandling og behandlingsformer; *”der er udført af behandlere uden for det offentlige sundhedssystem og uden offentligt tilskud”* (3). Såfremt behandlingen er betalt over sygesikringen, eller patienten er blevet henvist skriftligt af en læge eller af socialforvaltningen, da opfattes behandlingen ikke som alternativ.

¹ Komplementær og Alternativ Behandling/Behandler = KAB. I det følgende vil akronymet blive anvendt når muligt.

² Er en selvejende institution under Indenrigs- og Sundhedsministeriet www.vifab.dk. De beskrevne definitioner står endvidere i bilag 11.3 i (1).

1.2. Eksisterende viden om forbruget af komplementære og alternative behandlinger

Befolkningens interesse for alternativ behandling har igennem de sidste årtier været stigende. Ifølge Statens Institut for Folkesundheds (SIF) Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse (SUSY) i Danmark 2005, har mindst 22,5% af den voksne danske befolkning – eller knap 1 mio. – været i kontakt med en alternativ behandler inden for det seneste år (4). De største behandlergrupper er massage/manipulation (13,2%), zoneterapi (6,1%) og akupunktur (5,4%), mens færre har erfaring med andre former for alternativ behandling, som fx healing/clairvoyance, visualisering, heilpraktik, kinesiologi og biopati mv. (3).

SIFs undersøgelse viser endvidere, at en større andel kvinder end mænd har brugt alternativ behandling inden for det seneste år, ligesom brug af alternativ behandling er højest blandt de 45-64-årige. Undersøgelsen viser endvidere, at mere end 42% af den danske befolkning på et eller andet tidspunkt i deres liv har fået en eller anden form for alternativ behandling. Det relativt store forbrug af komplementær og alternativ behandling peger på, at der må være et betydeligt antal komplementære og alternative behandlere i Danmark.

Politisk er der også stor bevågenhed om især kræftpatienternes brug af komplementær og alternativ behandling, jf. bl.a. tilføjes af bilag 11.3 i Kræftplan II (1). Her refereres resultater fra danske undersøgelser fra 90'erne, der viser, at op mod halvdelen af danske patienter, der er i konventionel kræftbehandling, også anvender ukonventionel behandling. De mest benyttede alternative kræftbehandlingsformer er kosttilskud (vitaminer, mineraler, hajbrusk, mistelten, hvidløg, Q10 og fiskeolier) samt behandlinger i form af akupunktur, zoneterapi og biopati. Herudover anvendes psykisk eller spirituelt orienterede behandlinger som fx healing (5).

Endvidere igangsættes og publiceres flere undersøgelser af alternativ kræftbehandlings effekt på kræftpatienter – både i Danmark, men også internationalt set. En af dem, der har undersøgt kræftpatienters brug af alternativ behandling i Danmark, er Damkier i sin Ph.d.-afhandling fra 2000 (6). Formålet med Ph.d.-afhandlingen var bl.a. at beskrive kræftpatienters forbrug af alternativ behandling, deres formål og erfaringer med at bruge alternativ behandling og baggrunden for de valg patienterne tog. Endvidere blev de etablerede behandleres holdninger til alternativ behandling og kræftpatienters brug af alternativ behandling belyst.

SIFs (3) og Damkiers (6) undersøgelser har haft fokus på *efterspørgselsiden* – dvs., de har udsendt spørgeskemaer til de mulige brugere af komplementære og alternative behandlere.

Til trods for den store efterspørgsel findes der kun begrænset viden om, hvor mange udbydere af KAB, der findes i Danmark. En del viden herom findes hos de faglige organisationer/ brancheforeninger (medlemsoptællinger). Det vurderes dog, at en stor del af udbyderne er tilknyttet en eller flere faglige organisationer, hvorfor der er risiko for dobbelttælling. Herudover er det ikke alle behandlere i Danmark, der er medlem af en forening/ organisation. Det vurderes dog, at det primært er de autodidakte behandlere, der har valgt at stå uden et medlemskab.

Udover nogle enkelte undersøgelser (især inden for zoneterapi) er udbudssiden ikke specielt godt belyst. Det er således uklart hvem, der tilbyder alternativ behandling og i hvilken form, hvad deres uddannelsesmæssige og faglige baggrund er, deres økonomiske forhold (omsætning, behandler på heltid/deltid), samt omfanget og arten af de ydelser, som udbyderne af komplementære og alternative behandlinger (KAB) leverer.

1.3. Analysens formål

Formålet med denne analyse er at beskrive og vurdere udbudssiden i det danske marked for komplementær og alternativ behandling.

Analysen skal bl.a. kaste lys over:

- Hvor mange udbydere, der udbyder KAB
- Hvilke former for KAB, der udbydes
- Hvilken uddannelsesmæssig baggrund og faglig, organisatorisk tilknytning udbyderne har, herunder belysning af deres efteruddannelse, kvalitetsopfølgning og registrering
- I hvilken udstrækning de alternative behandlere har samarbejdet med det etablerede sundhedsvæsen
- Hvorledes de enkelte udbydere har organiseret deres praksis (enkelt/multipartner praksis, samarbejdspartnere), og herunder hvilke funktioner de råder over i deres klinik
- Hvilke markedsføringsstrategier de anvender, og hvorledes klienter rekrutteres og hvilke strategier der anvendes hertil – fx annoncer/reklame
- Klientstrømme (henvisninger til og fra klinikken)
- Behandlingskapacitet
- Behandlingspriser og principper for deres fastlæggelse, samt omsætning

Desuden er der fokuseret på KAB udbuddet for patienter med kræft:

- Hvad søger kræftpatienterne lindring for?
- Hvilke kræftformer har de patienter, der søger KAB?

Studiet er designet som en spørgeskemaundersøgelse, hvor respondenter er identificeret via faglige organisationer. Dataindsamlingen er baseret på udsendelse af et papirbaseret spørgeskema, der har været udsendt af og returneret til forskergruppen ved Syddansk Universitet.

Resultaterne fra studiet giver ny og relevant viden i form af en overordnet analyse af væsentlige karakteristika for det danske KAB marked. Denne viden formodes at bidrage til at øge den generelle indsigt i området. Det er endvidere tiltænkt, at analyserne blandt andet kan være med til at danne en del af grundlaget for den fremtidige planlægning og eventuelle regulering på området. Desuden forventes analysen at bidrage med ny, vigtig viden om den fremtidige udbredelse af registrering som alternativ behandler, den såkaldte RAB registreringsordning.

2. Metode

2.1. Spørgeskema

Til at belyse formålet med undersøgelsen blev der udviklet et spørgeskema (se bilag 2), der skulle være så generelt, at det kunne anvendes af alle KAB udbydere.

Spørgeskemaet har hentet inspiration fra et tidligere spørgeskema udviklet af en række alternative behandlerorganisationer i samarbejde med Laila Launsø (7), samt med inspiration fra Leila Eriksen, der er projektleder på et nordisk databaseprojekt, hvor zoneterapeuter fra Danmark, Norge og Sverige aktuelt samarbejder om at kortlægge udbuddet af zoneterapi i de pågældende lande (8). Derudover er der hentet inspiration fra en række andre undersøgelser gennemført i regi af ViFAB, PLO og andre behandlerorganisationer. De brancheorganisationer, der er tilknyttet Sundhedsstyrelsens Råd vedr. alternativ behandling, har medvirket til at vurdere spørgeskemaet, inden det blev færdigredigeret og trykt. I forbindelse med spørgsmålene vedrørende komplementær og alternativ behandling til kræftpatienter er der primært hentet inspiration fra (9) og (6).

Spørgeskemaet stiller en række spørgsmål med relevans for projektets formål. Det har været designet med strukturerede spørgsmål med definerede svarmuligheder.

Det udsendte spørgeskema blev trykt i A4 format. På forsiden er Syddansk Universitets logo. Ved udsendelse af spørgeskemaet til respondenter, blev der endvidere medsendt et følgebrev, hvori det fremgik, at besvarelsen er anonym og vil blive behandlet af forskere tilknyttet Syddansk Universitet, samt at identifikation af enkeltpersoner ikke vil forekomme (se bilag 5).

2.2. Respondentrekruttering

For at få et reelt billede af udbuddet i Danmark, valgte vi at henvende os til samtlige behandler- og brancheorganisationer. De organisationer, der stillede sig positivt overfor deltagelse i undersøgelsen, blev bedt om at give forskergruppen adgang til ajourførte registreringer af medlemmernes postadresse, således at spørgeskemaerne kunne udsendes pr. post.

Det blev forventet, at organisationerne ville støtte undersøgelsen fx ved at gøre opmærksom på undersøgelsen i deres medlemsblad, på de respektive hjemmesider og i forbindelse med anden korrespondance med medlemmerne. Håbet var, at en opfordring fra de pågældende organisationer til medlemmerne om at besvare spørgeskemaet ville højne responsraten. Desuden fik organisationerne tilsendt et udkast af rapporten til gennemsyn og kommentering inden publicering.

Den anvendte rekrutteringsstrategi vil i sagens natur medføre, at de behandlere, som ikke er registreret hos de medvirkende brancheorganisationer, ikke vil få mulighed for at deltage i undersøgelsen.

I Tabel 1 ses de behandlerorganisationer, der er kontaktet, og det er angivet om de har ønsket at samarbejde med projektgruppen om identifikation af relevante respondenter.

Desuden fremgår behandlerorganisationernes forkortelser, sådan som de vil blive anvendt gennemgående i rapporten.

Tabel 1. Kontaktede behandlerorganisationer

Behandlerorganisationer	Deltager	Anvendt forkortelse
Biopatforeningen	+	BF
Brancheforeningen for Fysiurgisk Massage	+	BFM
Center for Alternative Sundhedsuddannelser (CASU) vedr. Bachterapeuter	+	BT
Clairvoyant Foreningen	+	CF
Danske Akupunktører	+	DA
Danske Ernæringsterapeuter	-	DE
Dansk Heilpraktiker Forening	+	DHF
Danske Kinesiologer	+	DK
Dansk Medicinsk Selskab for Akupunktur ¹	-	DMSA
Dansk Muskelterapeut Forbund af 1993	-	DMF
Dansk NLP Psykoterapeutforening	+	DNLPD
Dansk Selskab for Klassisk Homøopati	+	DSKH
Dansk Selskab for Osteopatisk Craniosacral Medicin ¹	+	DSOCM
Forenede Danske Zoneterapeuter	+	FDZ
Foreningen af Kranio-Sakral Terapeuter	+	KST
Foreningen af Kunstterapeuter	+	FAK
Foreningen for Praktiserende Phytoterapeuter	+	FPP
Foreningen for Traditionelt Kinesisk Zoneterapi	+	TKZ
Healer-ringen	+	HR
Holistisk Sundhed	+	HS
Hypnoterapi Danmark	-	HD
Hypnoterapeut.dk	+	HT
Landsorganisationen NaturSundhedsrådet	+	LNS
Nordlys Massage Terapeuter	+	NMT
Praktiserende Akupunktører	+	PA
Professionelle NLP Psykoterapeuter i Danmark	+	PNLPD
Psykoterapeutforeningen	-	PT
Sammenslutningen af Alternative Behandlere	+	SAB
Skandinavisk Forening for Zoneterapeuter	+	SFZ
Zoneconnections Terapeutforening	+	ZCT

¹Dansk Selskab for Osteopatisk Craniosacral Medicin (DSOCM) og Dansk Medicinsk Selskab for Akupunktur (DMSA) består af praktiserende læger. Bemærk, at det ikke var alle foreninger, der ønskede at give fulde medlemslister og enkelte ønskede at spørge deres medlemmer om lov, før de videregav de enkeltes adresser til forskningsgruppen.

2.3. Registrering og udsendelse af spørgeskemaer

Der blev oprettet en liste med potentielle respondents navn og postadresse, samt et unikt løbenummer.

Spørgeskemaet blev udsendt med følgeskrivelse og frankeret svarkuvert til Syddansk Universitet. Spørgeskemaerne blev nummereret af hensyn til kontrol af besvarelse.

Der blev løbende foretaget en registrering af de returnerede spørgeskemaer, så status på spørgeskemaernes returnering kunne vurderes kontinuerligt.

2.4. Rykkerbrev

Der blev udsendt 2 rykkerbreve til de potentielle respondenter, der ikke havde returneret spørgeskemaet.

I forbindelse med sidste rykkerbrevsrunde blev der endvidere medsendt et mindre spørgeskema til udfyldelse, såfremt respondenterne ikke ønskede at returnere selve hovedspørgeskemaet.

Det lille rykkerbrevsspørgeskema bestod af 7 korte spørgsmål, hvor respondenterne blev bedt om at angive køn, alder, årsag til manglende besvarelse af hovedspørgeskemaet, antal år som aktiv komplementær/alternativ behandler, RAB registrering samt årsagen til eventuel manglende aktivitet som behandler.

Begge rykkerbreve og det lille rykkerbrevsspørgeskema kan ses i bilag 3-7.

2.5. Statistisk analyse

Analysen af de indsamlede data blev foretaget primært ved hjælp af frekvensfordelinger, som beskriver, hvor mange gange et bestemt udfald forekommer. I forbindelse med gennemsnitsbetragtninger angives standardafvigelsen, som er et udtryk for hvorledes svarene fordeler sig omkring gennemsnittet. Jo højere en standardafvigelse, des større udsving er der mellem svarene.

Enkelte svar, fx om uddannelsestimer og den gennemsnitlige bruttoomsætning, er angivet ud fra foruddefinerede intervaller. Til beregning af gennemsnit for disse er der anvendt midtpunktsværdier. Her findes midten af de intervalmuligheder som respondenterne har haft og ud fra hvor mange, der har svaret i hvert interval, findes et gennemsnit. For slutintervallet er der anvendt konservative estimater. Middelværdien har derfor en tendens til at give en lidt mindre værdi, end hvis respondenterne blev bedt om at angive faktiske tal.

Analyseresultaterne præsenteres for alle respondenter samlet, og hvor det giver mening, er resultaterne ligeledes opdelt efter de mest repræsenterede behandler typer. I den forbindelse skal det bemærkes, at *analyserne er foretaget på baggrund af respondenternes primære behandler type* med mindre andet er angivet.

3. Datamateriale

3.1. Resultat af dataindsamlingen: antal indkomne besvarelser og frafaldsanalyse

Sammenlagt blev 3.825 spørgeskemaer med følgeskrivelse og frankeret svarkuvert sendt ud til respondenterne. Udsendelsen af spørgeskemaerne foregik i to runder på grund af forsinkede deltagerlister fra enkelte brancheforeninger. I juni måned 2006 blev 3.460 spørgeskemaer sendt, mens de resterende 365 spørgeskemaer blev sendt ud i september 2006.

Ved en nærmere gennemgang af registreringerne blev 92 respondenter identificeret som dobbeltgængere, eftersom de var medlemmer af flere organisationer samtidig. De dobbeltgængere, der har besvaret et af spørgeskemaerne eller på anden vis har meldt tilbage, er registreret tilhørende den behandlerorganisation, hvortil deres *primære* KAB erhverv er tilknyttet.

89 spørgeskemaer blev returneret på grund af ukendt adresse. Deraf blev 29 respondenter lokaliseret gennem søgning på Krak, brancheorganisationernes hjemmeside samt Google. Udover de 89 respondenter med ukendt adresse blev 21 respondenter registreret som irrelevante, da de på trods af medlemskab af en brancheorganisation enten var ophørt som komplementær og alternativ behandler, ikke rigtig var kommet i gang, aldrig har været alternativ behandler, eller havde haft et for ringe erfaringsgrundlag til at udfylde spørgeskemaet fyldestgørende.

Blandt de resterende 3.652 udsendte spørgeskemaer blev 1.338 returneret i første omgang. Det svarer til en svarprocent på 37%. Derudover tilkendegav 36 respondenter (skriftligt eller telefonisk), at de ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. Årsagerne hertil var vidt forskellige: flere hilste undersøgelsen velkommen, men havde ikke overskud/tid til at deltage, ofte som følge af egen sygdom eller sygdom hos et nært familiemedlem. Andre respondenter følte, at spørgeskemaet var for ”firkantet”, og det ikke var muligt at besvare spørgsmålene ved at afkrydse enkelte kategorier.

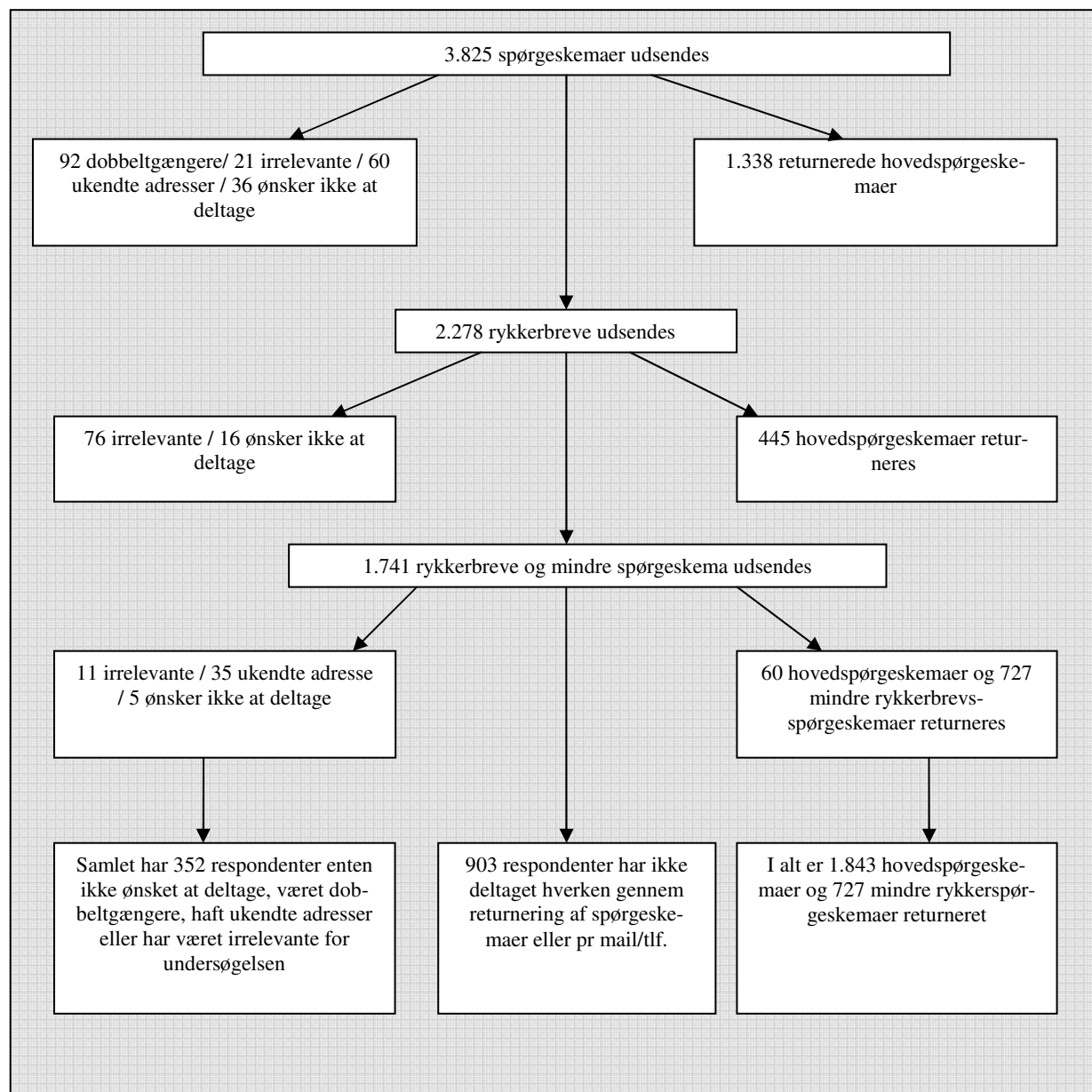
I den første rykkerprocedure blev 2.278 rykkerbreve udsendt til potentielle respondenter, som ikke havde returneret spørgeskemaet eller på anden måde oplyst, at de ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. Heraf blev 76 respondenter identificeret som irrelevante, mens 445 spørgeskemaer blev returneret. 16 respondenter tilkendegav, at de ikke ønskede at deltage. Svarprocenten på rykkerbrevet blev omkring 20% af de potentielle 2.202 respondenter.

Med ønsket om en højere svarprocent og en bedre forståelse af, hvilken type respondenter der ikke ønskede at svare og årsagen hertil, blev der i slutningen af november 2006 udsendt et nyt rykkerbrev til 1.741 personer. Denne gang blev et kort spørgeskema med 7 spørgsmål om årsagerne til den manglende deltagelse medsendt (se bilag 3). Heraf blev 35 rykkerbreve returneret med ukendt på adressen, og yderligere 11 og 5 respondenter tilkendegav over mail/telefon, at de var henholdsvis irrelevante for undersøgelsen eller ikke ønskede at deltage. Anden rykkerprocedure resulterede i, at yderligere 60 spørgeskemaer blev returneret og 727 respondenter returnerede det lille rykkerbrevsspørgeskema.

I alt blev 1.843 spørgeskemaer returneret. Heraf er 253 respondenter ikke aktive behandlere (14%). Disse respondenter vil derfor ikke indgå i den samlede analyse og stikprøven for dataanalysen udgør således 1.590 respondenter.

Den efterfølgende Figur 1 viser det samlede forløb for dataindsamlingen.

Figur 1. Dataindsamling



Tabel 2 viser, hvorledes svarprocenten fordeler sig på de respektive brancheorganisationer. En svarprocent på 100 er ensbetydende med, at samtlige medlemmer har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen.

Tabel 2. Svarprocenten fordelt på brancheorganisationer

Brancheorganisation	Potentielle respondenter ³	Returnerede spørgeskemaer – stort	Svarprocent ⁴	Udsendte små skemaer ⁵	Returnerede små skemaer	Svarprocent, lille skema	Andel, der ikke har responderet på undersøgelsen overhovedet
BF	39	21	53,8	18	11	61,1	17,9
BFM	373	175	46,9	194	74	38,1	32,2
BT	37	16	43,2	19	10	52,6	24,3
CF	137	62	45,3	71	26	36,6	32,8
DA	89	47	52,8	42	20	47,6	24,7
DHF	67	37	55,2	30	14	46,7	23,9
DK	111	79	71,2	31	15	48,4	14,4
DSKH	65	33	50,8	32	19	59,4	20,0
DSOCM	25	12	48,0	11	7	63,6	16,0
FAK	46	18	39,1	28	14	50,0	30,4
FDZ	1140	560	49,1	563	256	45,5	26,9
FPP	26	16	61,5	10	4	40,0	23,1
HR	18	15	83,3	2	2	100,0	0,0
HS	95	54	56,8	37	16	43,2	22,1
HT	71	30	42,3	40	9	22,5	43,7
KST	151	102	67,5	47	23	48,9	15,9
LNS	30	24	80,0	2	1	50,0	3,3
DNLPD	46	31	67,4	14	8	57,1	13,0
NMT	13	10	76,9	3	3	100,0	0,0
PA	214	111	51,9	103	40	38,8	29,4
PNLPD	33	8	24,2	23	13	56,5	30,3
SAB	253	138	54,5	108	46	42,6	24,5
SFZ	115	61	53,0	52	29	55,8	20,0
TZK	74	45	60,8	27	8	29,6	25,7
ZCT	262	138	52,7	123	59	48,0	24,4
Total	3530	1843	52,2	1630	727	44,6	25,6

Note: 253 returnerede spørgeskemaer er fra respondenter, der ikke længere er aktive og vil derfor ikke indgå i analysen

Tabel 2, at svarprocenten på undersøgelsens primære spørgeskema er lidt over 52%. Set i lyset af frafaldsanalysen vurderes svarprocenten som værende tilfredsstillende, da 20% af respondenterne i denne analyse ikke har nok klienter til at svare fyldestgørende, samt 23% af respondenterne ikke er aktive behandlere.

³ Potentielle respondenter er lig antallet af identificerede respondenter fratrukket dobbeltgængere, irrelevante, ukendte adresser og pensionerede personer

⁴ Svarprocenten er beregnet på baggrund af potentielle antal respondenter. Her er medregnet respondenter, der har meddelt per mail/tlf., at de ikke ønsker at deltage med mindre de var pensioneret eller irrelevante

⁵ Ved udregningen af det potentielle antal respondenter til det lille spørgeskema er de respondenter, der har givet udtryk for, at de ikke ønsker at deltage i undersøgelsen, antallet af ukendte adresser, irrelevante samt respondenter der i denne runde besvarede hovedspørgeskemaet fjernet.

Brancheorganisationer for Professionelle NLP Psykoterapeuter i Danmark (PNLPD) har en forholdsvis lav svarprocent på 24%. Det kan skyldes, at nogle af PNLPD's medlemmer har tilkendegivet, at de ikke ønsker at blive betegnet alternative behandlere, da et medlemskab af foreningen blandt andet kræver en 4-årig NLP-psykoterapeutisk uddannelse på en SPUD godkendt uddannelsesinstitution (Sammenslutningen af Psykoterapeutiske uddannelsesinstitutioner i Danmark). Desuden er foreningen godkendt af European Association of Psychotherapy.⁶

3.2. Databehandling af inaktive respondenter

I alt blev 1.843 spørgeskemaer returneret. Heraf var 253 respondenter ikke længere aktive (14%). Disse respondenter vil derfor ikke indgå i den samlede analyse og stikprøven for dataanalysen udgør således 1.590 respondenter.

Den inaktive gruppe havde i gennemsnit været KAB aktiv i 6 år med en variation mellem 0 og 37 år. Kønsfordelingen for gruppen af inaktive var fordelt på 87% kvinder og 13% mænd, mens aldersgennemsnittet var 48 år (s.d. 10,6). Både køns- og aldersfordelingen stemmer overens med gruppen af aktive respondenter. Her er andelen af kvinder er 83% og den gennemsnitlige alder er 49 år.

De angivne årsager til at respondenterne ikke længere var aktive som KAB ses i efterfølgende Tabel 3.

Tabel 3. Årsager til manglende KAB aktivitet

Årsag (n=235)	Andel
Sygemeldt	13,2%
Ikke nok klienter	9,4%
Trængte til pause	10,2%
Under uddannelse	7,2%
Andet	60,0%

Hele 60% af de inaktive respondenter har afkrydset kategorien ”andet”, hvilket svarer til 141 respondenter. Heraf har 38 respondenter (27%) svaret, at de har andet arbejde, der tager deres tid. Derudover er 11 respondenter (8%) ikke aktive på grund af barselsorlov. De resterende er forholdsvis enkeltstående tilfælde og vil ikke blive kommenteret yderligere i indeværende rapport.

Af de 244 respondenter, der har besvaret spørgsmålet, har 84% kendskab til RAB og 30% af dem er ligeledes RAB registreret, hvilket svarer til 61 respondenter. Desuden planlægger 19% RAB registrering i fremtiden og må derfor formodes at blive aktive på sigt. Andelen af respondenter, der er RAB registreret, er ikke uventet lavere end blandt aktive respondenter, hvor lidt over halvdelen er registreret.

3.3. Frafaldsanalyse – undersøgelse af frafald ved mindre spørgeskema

Der blev som omtalt i afsnit 2.4 udsendt et mindre spørgeskema (jf. bilag 3) i forbindelse med 2. rykkerbrev. Her havde respondenteren mulighed for at besvare spørgsmål vedrø-

⁶ PNLPD forenings hjemmeside. <http://www.pnlpd.dk> (29.11-2006)

rende køn, alder, antal år som aktiv KAB, eventuel årsag til manglende aktivitet, RAB registrering samt begrundelse for manglende besvarelse af det første spørgeskema. I alt blev 727 spørgeskemaer returneret.

I frafaldsanalysen var fire femtedele kvindelige respondenter, mens 5% ikke har ønsket at oplyse deres køn. I gennemsnit var respondenterne 50 år (s.d. 9,8). Den gennemsnitlige periode som aktiv KAB var for denne gruppe 9 år (s.d. 7,2). Blandt de 727 respondenter anvendte 32% KAB som hovederhverv. Det skal bemærkes, at hovederhverv ikke er defineret som et bestemt antal timer, men vurderes af respondenterne selv.

Til sammenligning bestod gruppen med aktive respondenter, der besvarede hovedspørgeskemaet, af 83% kvindelige respondenter. De aktive respondenter havde en gennemsnitsalder på 49, og havde i gennemsnit været aktive i 9 år. Knap halvdelen (48%) havde KAB som hovederhverv.

I den efterfølgende Tabel 4. angives nogle af årsagerne til, at de 727 respondenter ikke havde besvaret selve hovedspørgeskemaundersøgelsen.

Tabel 4. Årsag til manglende deltagelse

Årsag (n=727)	Andel
Har ikke modtaget	3,9%
Tidskrævende	24,6%
Er ikke aktiv	23,4%
Sygemeldt	3,7%
Ikke nok klienter	19,5%
Andet	24,1%
Uoplyst	0,8%

Der var 175 respondenter, som havde besvaret det sidste spørgsmål angående årsag til manglende aktivitet på trods af, at de *ikke* havde afkrydset, at de *ikke* var aktive. Disse respondenter må formodes at have et så lavt klientantal, at de kan antages inaktive. Det samlede antal inaktive blandt dem, der har besvaret det lille rykkerspørgeskema, er således 345 (47%).

I Tabel 5 ses de primære be væggrunde til, hvorfor respondenterne ikke længere kan betegnes som aktive indenfor KAB området. Som det fremgår af tabellen, er hovedårsagerne til inaktivitet at respondenterne har andet arbejde eller kun behandler på hobbyniveau. Under 1% har tilkendegivet, at de trængte til en pause fra branchen. Kategorien ”andet” består hovedsagelig af respondenter, der har svaret, at årsagen er en kombination af de overstående kategorier.

Tabel 5. Årsag til at respondenterne ikke længere er aktive behandlere

Årsag (n=345)	Andel
Kom aldrig rigtig i gang	4,0%
Trængte til en pause	0,9%
Under uddannelse	4,9%
Har andet arbejde, der tager min tid	28,1%
Barsel	4,0%
Pension	5,2%
Hobby	20,8%
Andet	32,1%

I spørgsmålet angående RAB registrering tilkendegav 36%, at de var RAB registreret, mens 13% angav, at de planlagde at lade sig registrere i fremtiden. Desuden meddelte henholdsvis 22% og 15%, at de ikke ønskede at blive registreret eller ikke opfyldte samtlige betingelser herfor. 13% afkrydsede kategorien "andet" og heraf havde 12 respondenter (14%) intet kendskab til RAB, mens de resterende mest var enkeltstående tilfælde.

I hovedanalysen har mere end halvdelen (51%) tilkendegivet at de er RAB registreret mod 36% i frafaldsanalysen. Forskellen kan skyldes, at samtlige respondenter i hovedanalysen i større eller mindre grad er aktive. Desuden er andelen, der ikke opfylder betingelserne for registrering i hovedanalysen lidt mindre, nemlig 12%. Det kan formodes, at respondenterne i hovedanalysen har mere uddannelse inden for KAB områder end respondenterne i frafaldsanalysen.

3.4. Vurdering af KAB ratioen pr. 100.000 borgere i Danmark

Populationen, uden dobbeltgængere, blev identificeret til 3.733 medlemmer af KAB brancheorganisationer. Heraf har 2.627 respondenter besvaret et af spørgeskemaerne eller har tilkendegivet pr. mail/tlf., at de er aktive, men ikke ønsker at deltage i undersøgelsen. Desuden har 203 respondenter enten været irrelevante eller haft ukendt adresse. Samlet kan der redegøres for 2.830 respondenter. De resterende 903 har ikke responderet.

Antallet af aktive respondenter, der har besvaret hovedspørgeskemaet, er 1.590 personer (86%). Antallet af inaktive er 253 (14%). Derudover er der modtaget 727 små rykkerbrevsspørgeskemaer. Her har 557 tilkendegivet, at de er aktive, men 175 af disse respondenter har samtidig afkrydset i kategorien "Hvis du ikke p.t. er aktiv, hvad er så årsagen?". Disse respondenter formodes derfor enten ikke at have klienter nok, eller på anden vis at være inaktive, og medregnes som sådanne i den videre analyse. Det betyder, at antallet af aktive respondenter er 382 personer (53%). Derudover har 57 (2%) aktive respondenter tilkendegivet pr. mail/tlf., at de ikke ønsker at deltage i undersøgelsen. Det vurderes dermed, at den samlede andel af medlemmer, der er aktive behandlere, er 72% (2.029 ud af 2.830).

Antages det, at andelen af aktive i gruppen for de 903 respondenter, som ikke har responderet, ligeledes er 72%, kan det formodes, at yderligere 647 respondenter heraf er aktive.

Det samlede antal aktive behandlere i medlemspopulationen på 3.733 forventes således at være 2.676 personer (72%), mens 789 personer (21%) er inaktive. De resterende 268 (7%) har enten været irrelevante eller ikke været mulige at kontakte.

Herefter kan det beregnes, at der er omkring 50 behandlere pr. 100.000 borgere. Tallet skal ses i lyset af, at det tilsvarende tal for alment praktiserende læger er ca. 65 pr. 100.000 borgere og ca. 54 for praktiserende tandlæger per 100.000 borgere.

4. Resultater

Analysen af de indsamlede data er primært foretaget ved hjælp af frekvensfordelinger.

Resultaterne beskrives for alle respondenter samlet, og hvor det giver mening ligeledes separat for de hyppigst repræsenterede behandlertyper. *I den forbindelse skal det bemærkes, at analyserne er foretaget på baggrund af respondenternes angivelse af primære KAB behandlerstype*, jf. spørgsmål 5 i spørgeskemaet, med mindre andet er angivet. Langt de fleste af respondenterne er KAB på mere end ét område. Rapportens resultater for de enkelte behandler typer skal derfor tages med visse forbehold, da de kan være påvirket af respondentens sekundære KAB område(r).

4.1. BaggrundsvARIABLE

Respondenterne er i spørgeskemaundersøgelsen adspurgt om en række baggrundskarakteristika, såsom køn, alder, uddannelse, samt erhvervsmæssige beskæftigelse forinden uddannelsen som KAB. Endvidere er respondenterne adspurgt om de anvender KAB som hovederhverv eller bierhverv. Derudover er der i spørgeskemaet spurgt ind til, hvilken type KAB respondenterne primært identificerer sig som, samt antal år respondenterne har været aktiv som KAB.

Formålet med baggrundsvARIABLENE er bl.a. at få belyst hvad der karakteriserer den gruppe af borgere, der vælger at blive KAB i Danmark. Respondenternes besvarelser fremgår af Tabel 6, hvor det ses, at zoneterapeuterne ikke uventet er de mest repræsenterede behandlere i undersøgelsen med en andel på 41%.⁷ Derefter kommer fysiurgisk massør/massør og akupunktører med henholdsvis 15% og 12%.⁸ De øvrige fordelinger kan aflæses i tabellen.

Kategorien ”andet” i Tabel 6 består af 82 respondenter. Heraf er 15% ernæringsterapeuter, 9% kunstterapeuter og 6% bachterapeuter. Desuden er rosentherapeuter, muskelterapeuter og phytoterapeuter hver repræsenteret med 5%. Vegatester og yogaundervisere er repræsenteret med 4% hver. De resterende 40 respondenter anvender enkeltstående betegnelser, som ikke vil blive omtalt her.

4.1.1. Hvad kendetegner de komplementære og alternative behandlere i Danmark?

Langt de fleste respondenter er kvinder (83%). Deres gennemsnitsalder er 49 år [min 26 år; max 90 år]. Der er ingen væsentlig forskel i aldersvariablen de forskellige behandler typer imellem. Den eneste gruppe, der adskiller sig væsentligt fra de øvrige grupper er hypnoterapeut/hypnotisør, hvor andelen af kvinder er 36%.

⁷ Bemærk at zoneterapi således vil vægte højere i beregningerne af gennemsnittene for samtlige respondenter i den videre analyse.

⁸ Betegnelse fysiurgiskmassør/massør dækker over alle behandlingsformer, hvori massage indgår.

Tabel 6. Baggrundsvariable

Primær behandler- type	Antal respondenter	Andel af primær behandlertype	Andel kvindelige respondenter	Gennemsnitlig alder (standardafvigelse)
	n=1.590	n=1.590	n=1.590	n=1.481
Akupunktør	185	11,6%	75,7%	48 (8,37)
Biopat	28	1,8%	96,4%	49 (11,81)
Clairvoyant	38	2,4%	68,4%	45 (8,67)
Fysiurgisk mas- sør/massør	237	14,9%	75,9%	45 (8,57)
Healer	42	2,6%	66,7%	51 (7,88)
Heilpraktiker	30	1,9%	70,0%	52 (10,30)
Hypnoterapeut/ Hypnotisør	33	2,1%	36,4%	46 (9,45)
Kinesiolog	84	5,3%	91,7%	54 (8,01)
Klassisk homøopat	27	1,7%	74,1%	48 (9,15)
Kranio-sakral tera- peut	101	6,4%	84,2%	50 (8,32)
Psykoterapeut	53	3,3%	84,9%	53 (6,65)
Zoneterapeut	650	40,9%	92,6%	50 (9,01)
Andet	82	5,2%	75,6%	52 (9,83)
Samlet	1.590	100,0%	83,3%	49 (9,07)

Note: Det skal bemærkes at kun 1.481 respondenter har ønsket at tilkendegive deres alder, mens samtlige 1.590 respondenter har besvaret de øvrige spørgsmål

4.1.2. Respondenternes erhvervmæssige baggrund

Tabel 7 viser, at hovedparten af respondenterne har en erhvervmæssig uddannelse ud over den komplementære og alternative (88%). Biopatbehandlere adskiller sig på dette punkt, idet kun 64% i denne gruppe har taget en erhvervmæssig uddannelse foruden deres erhverv som KAB. Næsten samtlige af de respondenter, der har taget en erhvervmæssig uddannelse har haft erhvervmæssig beskæftigelse inden de blev KAB (98%).

Ved en nærmere undersøgelse af respondenternes erhvervmæssige uddannelse ud over KAB fremgik det, at 29% af respondenterne havde en uddannelse inden for det sundhedsfaglige område.⁹ Heraf var 13% uddannet sygeplejerske, 7% havde en uddannelse som social og sundhedsassistent/hjælper, 3% var enten uddannet ergo- eller fysioterapeut, 3% havde en lægesekretær/klinikassistent uddannelse, 2% var uddannet som læge/tandlæge eller dyrlæge og endelig var 1% uddannet som jordemor eller sundhedsplejerske.

Der er forskel på hvilke behandler typer, der har en sundhedsfaglig uddannelse ud over KAB. Blandt akupunktørerne har over halvdelen en sundhedsfaglig uddannelse, mens der blandt heilpraktikere, kranio-sakral terapeuter, klassiske homøopater, zoneterapeuter og gruppen "andet" er ca. 30% af respondenterne, der har en erhvervmæssig uddannel-

⁹ De erhverv der indgår i betegnelsen sundhedsfagligt erhverv er læge, tandlæge, dyrlæge, ergoterapeut, fysioterapeut, jordmoder, sundhedsplejerske, social og sundhedsassistent/hjælper, sygehjælper, sygeplejerske, lægesekretær samt klinikassistent.

se inden for det sundhedsfaglige område. I den anden ende af skalaen ligger hypnoterapeuter med en andel på 4%, healere med 8%, clairvoyante med 12% samt biopater med 13%. De resterende KAB grupper har en andel, der ligger mellem 20 og 30%.

Der er forskel på den sundhedsfaglige baggrund, og hvilken behandlertype man primært har valgt at blive. Blandt de respondenter, der har tilkendegivet deres sundhedsfaglige baggrund som værende læge/tandlæge/dyrlæge, finder vi behandlere, der hyppigst er beskæftiget med akupunktur (28%) eller kinesiologi (20%). I gruppen uddannet ergo- eller fysioterapeut er man typisk kranio-sakral terapeut (29%), zoneterapeut (19%) eller akupunktør (19%). Blandt respondenter, der har erhvervsuddannelse som jordemor/sundhedsplejerske er mere end halvdelen zoneterapeuter. Det samme mønster gør sig gældende ved de respondenter, der har en erhvervsmæssig uddannelse som social og sundhedsassistenter/hjælpere. Her har 58% uddannet sig indenfor zoneterapi. Blandt sygeplejerskerne er 37% KAB inden for zoneterapi og 30% indenfor akupunktur.

4.1.3. KAB som hoved- eller bierhverv?

Tabel 7 viser, at knap halvdelen af respondenterne har KAB som hovederhverv. Igen er der variation behandler typerne imellem. Især clairvoyant og hypnoterapeut/hypnotisør adskiller sig fra det samlede resultat med andele på henholdsvis 16% og 24%.

Kolonne 5 i Tabel 7 viser desuden, at respondenterne har været aktive som komplementær og alternativ behandler i gennemsnitligt 9 år. Der er stor variation i hvor længe respondenterne har været aktive som behandlere. Enkelte respondenter er nye i branchen (været aktive i mindre end et år; 1%), mens 3 respondenter har angivet, at de har været aktive behandlere i mere end 40 år. Det relativt lille antal år som aktiv behandler skal ses i lyset af, at næsten samtlige respondenter har haft en anden erhvervsmæssig beskæftigelse forinden man blev KAB.

Til sammenligning var der blandt de respondenter, der ikke besvarede selve spørgeskemaet, men som indsendte det lille rykkerbrevsspørgeskema, ca. en tredjedel (34%), der havde KAB som hovederhverv (n=675), hvilket er 14 procentpoint lavere end blandt respondenterne i hovedundersøgelsen. Der er ikke forskel i varigheden af hvor længe, man har været aktiv som KAB. I rykkerbrevundersøgelsen var gennemsnit 9 år (s.d. 7,2 år, n= 509).

Tabel 7. Respondenternes erhvervmæssige uddannelse ud over KAB, beskæftigelse forinden KAB samt gennemsnitlig antal år som aktiv behandler

Primær behandler type	Andel med erhvervmæssig uddannelse ud over KAB	Andel med erhvervmæssig beskæftigelse forinden KAB	Andel med KAB som hovederhverv	Gennemsnitligt antal år som aktiv behandler (standardafvigelse)	Respondenter med et sekundært KAB erhverv
	n=1.576	n=1.381	n=1.590	n= 1.551	n=1.580
Akupunktør	89,0%	96,9%	57,8%	8 (6,4)	68,6%
Biopat	64,3%	100,0%	46,4%	11 (7,5)	78,6%
Clairvoyant	83,8%	100,0%	15,8%	7 (6,7)	86,8%
Fysiurgisk massør/massør	83,5%	98,5%	52,3%	7 (4,6)	68,8%
Healer	95,2%	97,5%	35,7%	9 (7,2)	92,9%
Heilpraktiker	83,3%	100,0%	40,0%	11 (9,0)	93,3%
Hypnoterapeut/Hypnotisør	81,8%	100,0%	24,2%	6 (7,4)	81,8%
Kinesiologi	98,8%	98,8%	51,2%	12 (7,2)	78,6%
Klassisk homøopat	77,8%	100,0%	33,3%	10 (7,5)	44,4%
Kranio-sakral terapeut	93,1%	97,8%	54,5%	8 (6,5)	81,2%
Psykoterapeut	94,2%	91,7%	34,0%	8 (5,2)	60,4%
Zoneterapeut	88,2%	98,4%	47,8%	9 (6,7)	74,5%
Andet	92,7%	98,7%	51,2%	12 (8,3)	75,6%
Samlet	88,1%	98,1%	48,0%	9 (6,7)	74,0%

Note: Den lave respons til spørgsmålet om erhvervmæssig beskæftigelse skyldes, at 187 respondenter er irrelevante, da de ikke har en erhvervmæssig uddannelse. Derudover har 22 respondenter ikke ønsket at besvare spørgsmålet.

4.1.4. Primære og sekundære KAB områder

Den sidste kolonne i Tabel 7 viser, at knap trefjerdele af respondenterne har angivet, at de både har en 'primær' og en 'sekundær' komplementær og alternativ profession. I Tabel 8 fremgår de hyppigst forekommende kombinationer af primære og sekundære behandlertyper.

I gennemsnit har respondenterne indberettet 1,2 sekundære KAB områder foruden deres primære KAB angivelse. Ingen behandlertyper adskiller sig væsentligt herfra. De KAB områder, der hyppigst er angivet sekundært, er: healer (22%), fysiurgisk massør/massør (22%), zoneterapeut (13%), kranio-sakral terapeut (12%) samt akupunktør (11%).

Tabel 8. Fordeling (%) af respondenter med en sekundær komplementær/alternativ beskæftigelse

Sekundær behandlertype	Primær behandlerstype												
	Akupunktør	Biopat	Clairvoyant	Fysiurgisk massør/massør	Healer	Heilpraktiker	Hypnoterapeut/hypnotisør	Kinesiolog	Klassisk homøopat	Kranio-sakral terapeut	Psyko-terapeut	Zoneterapeut	Andet
Akupunktør	7			14	5	37	9	10	7	9		15	9
Bach		11	13		14			16		10	6	7	
Biopat													10
Clairvoyant					45		6	6		6	11		12
Ernærings- Terapeut	7	11		5	5	23		8	11		6	6	9
Fysiurgisk massør/ Massør	22	11	8		17	13		6		31	8	35	11
Healer	9	7	68	19		27	12	33	11	39	25	21	31
Heil-praktiker									11				
Hypno-terapeut/- hypnotisør			5		5			6			25		6
Kinesiolog		18	5		5					7		7	7
Klassisk homøopat						17		5					
Kranio-sakral terapeut	6	7	5	17	7			26			8	15	15
Meditation			13		19					8	8		6
Psyko-terapeut		7	18		19	7	21	12		8			16
Phyto-terapeut		29				13							5
Zone-terapeut	33	32	5	27	12	27	9	10	15	22			20

Note: Procenttal under 5 % fremgår ikke i tabellen.

Bemærk at det har været muligt for respondenterne, at afkrydse flere sekundære erhverv.

Det fremgår af tabellen, at der er enkelte sammenfald mellem primær og sekundær KAB områder: Fx har 68% af de 'primært' clairvoyante, der har oplyst at de er KAB inden for andet område, tilkendegivet, at de beskæftiger sig med healing. Endvidere har 45% af healerne oplyst, at de beskæftiger sig med clairvoyance. Derudover har 19% af healere med et sekundært erhverv tilkendegivet, at de beskæftiger sig med henholdsvis meditationsundervisning eller psykoterapi og 17% er massører.

Det skal desuden det bemærkes, at hypnoterapeut/hypnotisør og psykoterapeut ligeledes er nærstående. 25% af psykoterapeuter er således også KAB inden for hypnoterapi/hypnose, og 21% af de, der har tilkendegivet hypnoterapeut/hypnotisør som primære KAB område, er også psykoterapeuter.

Akupunktører tilkendegiver zoneterapi (33%) og massage (22%) som sekundære KAB områder, mens zoneterapeuternes foretrukne valg som sekundære KAB område er massage (35%), healing (21%), akupunktur og kranio-sakral terapi, begge med 15%. Derudover kan det observeres, at 37% af heilpraktikerne benytter akupunktur som sekundært KAB område, mens blot 3% af akupunktørerne har heilpraktik som sekundært område. Af de 81% af kranio-sakral terapeuterne, som har en sekundær KAB beskæftigelse, er 39% endvidere healere, 31% fysiurgisk massør/massør mens 22% er zoneterapeuter.

De behandlertyper, der færrest gange nævnes sekundært, er biopater, heilpraktiker og klassisk homøopater. En plausibel forklaring herfor er, at da disse uddannelser i gennemsnit kræver et højere antal undervisningstimer end de øvrige behandlertyper, jf. Tabel 9 så vil en uddannelse inden for dette KAB område oftest være det primære KAB område for behandleren.

4.2. KAB uddannelse

Respondenternes uddannelsesmæssige baggrund fremgår af Tabel 9 Størstedelen af respondenterne har angivet, at de har en behandlerorienteret uddannelse bag sig (88,1 %). 12% af respondenterne angiver at de er både skoleuddannet og autodidakte. Kun 0,5% angiver at være autodidakte.

Tabel 9. KAB uddannelse og omkostning

Primær behandlerstype	Andel med KAB uddannelse	Midtpunktestimater For antal undervisningstimer	Gennemsnitlig omkostning anvendt til uddannelse (Standardafvigelse)
	n= 1.553	n=1.494	n=1.437
Akupunktør	92,9%	1.198	99.348 (87.253)
Biopat	88,9%	1.239	97.738 (61.593)
Clairvoyant	55,9%	822	66.836 (60.934)
Fysiurgisk massør/massør	87,8%	962	65.925 (57.770)
Healer	52,4%	1.012	75.044 (46.870)
Heilpraktiker	96,7%	1.338	139.630 (86.801)
Hypnoterapeut/ Hypnotisør	87,1%	780	61.452 (49.276)
Kinesiolog	86,6%	1.321	103.159 (68.229)
Klassisk homøopat	92,6%	1.361	118.400 (105.994)
Kranio-sakral terapeut	80,6%	1.057	100.027 (78.798)
Psykoterapeut	84,3%	1.582	178.330 (100.402)
Zoneterapeut	94,2%	1.111	70.972 (54.188)
Andet	69,2%	1.351	135.153 (147.213)
Samlet	88,1%	1.130	86.487 (77.203)

Note: Det skal bemærkes, at flere respondenter ligeledes er sekundær KAB på andre områder. Derfor kan uddannelsesomkostningerne og timetallet være under indflydelse af andre behandler typer.

De respondenter, der primært er beskæftiget med clairvoyance og healing, adskiller sig fra de øvrige respondenter, idet kun lidt over halvdelen har en decideret KAB uddannelse (56% og 52%).

Af tabellen fremgår et estimat for respondenternes gennemsnitlige antal uddannelsestimer. Spørgeskemaet var designet med fem intervaller og gennemsnittet blev beregnet med udgangspunkt i intervalmidtpunkterne. Ved det øverste tidsinterval (mere end 1.800 timer) blev der i beregningen anvendt en konservativ værdi på 1.800 timer. På baggrund af respondenternes oplysninger estimeres det, at disse i gennemsnit har modtaget 1.130 uddannelsestimer i KAB.

Det ses ligeledes i Tabel 9., at respondenterne i gennemsnit har anvendt 86.487 kr. på uddannelse. Der er forholdsvis stor forskel mellem de enkelte primære behandlertyper. Hvor en KAB, der har angivet værende primært hypnoterapeut/hypnotisør, i gennemsnit har betalt 61.452 kr. for deres uddannelse, er beløbet 178.330 kr. for en KAB, der primært er psykoterapeut. Dette stemmer overens med, at medlemskab af PNLPD kræver en 4-årlig uddannelse.

Det fremgår desuden, at healer og fysiurgisk massør/massør - som er de områder, der hyppigst angives som sekundært KAB område - ligeledes er de KAB former, der gennemsnitligt har modtaget laveste antal undervisningstimer. Det kan derfor formodes, at disse områder er lettere og/eller hurtigere at erhverve som sekundær KAB.

Antages det, at respondenterne i gennemsnit anvender 2 forberedelsestimer til hver enkel undervisningstime, svarer det til, at respondenterne i gennemsnit bruger 3.390 timer på deres KAB uddannelse. Set i forhold til et almindeligt arbejdsår, estimeret til 1.628 timer, svarer dette til lidt over 2 arbejdsår. Forberedelsen vil bestå af både praktiske øvelser samt teoriforståelse, og derfor er antagelsen om 2 timers forberedelse meget konservativt. Anvendes i stedet 2½ timers forberedelse svarer det til at behandlerne i gennemsnit har brugt ca. 2½ arbejdsår på at uddanne sig til KAB.

4.2.1. Efteruddannelse

Respondenterne blev desuden adspurgt om deres deltagelse i efteruddannelseskurser inden for de seneste 5 år. Tabel 10 viser, hvorledes denne variable fordeler sig på de respektive primære behandlertyper. Samlet har 83% af respondenterne været på kursus inden for de sidste 5 år. Hypnoterapeut/hypnotisør, clairvoyante og massør er de tre primære behandlertyper, som har den laveste andel af efteruddannelse med henholdsvis 72%, 74% samt 76%. Det gennemsnitlige antal efteruddannelseskurser er 4, men der er væsentlig forskel mellem de forskellige behandlertyper på dette punkt. Clairvoyante og healere har hver et gennemsnit på 3, mens kinesioleger i gennemsnit har deltaget i 8 efteruddannelseskurser.

Biopat og zoneterapeuter har det mindste antal efteruddannelsestimer med henholdsvis 83 og 49 færre timer end det samlede gennemsnit.

Tabel 10. Respondenternes efteruddannelse

Primær behandlertype	Andel der har været på efteruddannelse	Gennemsnitligt antal efteruddannelseskurser (standardafvigelse)	Gennemsnitligt antal efteruddannelses timer (standardafvigelse)
	n=1.545	n= 954	N= 976
Akupunktør	86,3%	5 (4,5)	153 (216,5)
Biopat	88,5%	5 (4,9)	59 (36,7)
Clairvoyant	73,7%	3 (1,3)	308 (560,0)
Fysiurgisk mas- sør/massør	75,5%	4 (4,5)	151 (214,6)
Healer	83,3%	3 (2,3)	174 (179,1)
Heilpraktiker	90,0%	7 (6,5)	187 (220,3)
Hypnoterapeut/ Hypnotisør	71,9%	5 (10,5)	170 (119,1)
Kinesiolog	92,6%	8 (6,8)	200 (181,4)
Klassisk homøopat	96,2%	7 (5,6)	163 (179,4)
Kranio-sakral tera- peut	91,8%	5 (5,2)	181 (222,1)
Psykoterapeut	92,3%	4 (6,3)	195 (238,4)
Zoneterapeut	81,3%	4 (3,8)	93 (125,6)
Andet	86,1%	6 (6,4)	188 (199)
Samlet	83,1%	4 (5,1)	142 (197,7)

4.2.2. Hvorfor er respondenterne blevet KAB?

Tabel 11 viser hvilke bevæggrunde respondenterne har haft for at blive KAB. Kategorierne i tabellen er de svarmuligheder respondenterne har haft i spørgeskemaet. Den hyppigst angivne årsag er, at respondenterne selv tidligere har modtaget komplementær og alternativ behandling (47%). Desuden har 34% af respondenterne tilkendegivet, at utilfredshed med det etablerede system har haft indflydelse på deres valg.

Tabel 11. Årsager til valg af uddannelse som komplementær og alternativ behandler

Bevæggrund (n= 1555)	Antal	Andel
Selv blevet behandlet af KAB	745	46,9%
Familie/venner er behandlet af KAB	278	17,5%
Læst om KAB	518	32,6%
God indtjeningsmulighed	7	0,4%
Utilfreds med det etablerede sundhedsvæsen	541	34,0%
Nysgerrighed	464	29,2%
Så det som et kald	345	21,7%
Andet	374	23,5%

Note: Det skal bemærkes, at respondenterne havde mulighed for at afsætte flere krydser.

I kategorien "Andet" er de hyppigste angivne årsager egen sygdom eller sygdom i den nære familie; at respondenterne altid har haft stor interesse for alternativ behandling; at respondenterne har venner/familie, der er alternativ behandler og har fået interessen der-

igennem. Desuden har ønsket om personlig udvikling, et job som selvstændig, samt ønsket om et jobskifte, haft indflydelse på respondenternes valg.

En nærmere undersøgelse af, om der er sammenhæng mellem behandlertype og bevæggrund viser, at mere end halvdelen af healerne (60%) og de clairvoyante (58%) har afkrydset kategorien ”kald”. Ellers ses ingen generelle tendenser. Der er heller ikke noget, der tyder på, at respondenter med sundhedsfaglig baggrund har valgt at blive KAB som følge af utilfredshed med det etablerede system, hvilket man kunne have haft en formodning om.

4.3. Respondenternes organisatoriske baggrund

Der er i spørgeskemaet spurgt ind til en række organisatoriske karakteristika herunder om respondentens kendskab til ordningen ”Registreret Alternativ Behandler (RAB)”, samt om vedkommende er registreret som RAB.

4.3.1. RAB registrering

Af Tabel 12 fremgår det, at 95 % af respondenterne har kendskab til RAB. Kun gruppen af clairvoyante adskiller sig herfra, idet kun lidt over halvdelen (55%) angiver at have kendskab hertil. Blandt de clairvoyante, der har kendskab til RAB, er samtlige beskæftiget med KAB på andre områder end clairvoyance.

Mere end halvdelen af respondenterne er RAB registreret (51%). Det drejer sig om respondenter, der primært er kinesiologer, akupunktører og zoneterapeuter. I tabellen ses det, at der også er hypnoterapeut/hypnotisør, klassiske homøopater, heilpraktikere og biopater, som har tilkendegivet at være RAB registreret. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at clairvoyante, healere, heilpraktikere, hypnoterapeuter/hypnotisører og kranio-sakral terapeuter på undersøgelsestidspunktet ikke havde mulighed for at lade sig registrere med disse behandlertyper. De registrerede respondenter fra disse grupper er derfor registreret med en af deres angivne sekundære KAB områder, som henhører under ét af de områder, hvor det er muligt at lade sig registrere.

En stor del af respondenterne, der pt. ikke er RAB registrerede, forventer at blive registreret i den nærmeste fremtid. Igen skal det holdes for øje, at de enten er KAB på et sekundært område, hvor det er muligt at lade sig RAB registrere, eller at de ikke har sat sig ind i reglerne for registrering. I alt ønsker 13 % ikke at blive RAB registreret. At knap en fjerdedel (24%) tilkendegiver at de planlægger at lade sig registrere i fremtiden, men endnu ikke er blevet det, kan skyldes, at enkelte foreninger først relativt sent er godkendt til RAB registrering, eller først er i processen med at blive dette. Behandlere fra disse organisationer har på nuværende tidspunkt kun haft en kort periode til at få dokumenteret, at de opfylder kravene.

Den 6. kolonne i tabellen angiver respondenter, der har tilkendegivet, at de ikke har mulighed for RAB registrering. Årsagen hertil er de før omtalte registreringskrav, hvor

der blandt andet stilles krav om minimum 660 undervisningstimer eller lektioner før registrering.¹⁰

Table 12 RAB kendskab og registrering samt medlemskab af brancheorganisation

Behandlerstype	Andel med RAB kendskab	Registreret som RAB?			
		Ja, RAB registreret	Nej, men planlægger	Nej, ønsker ikke	Nej, kan ikke
	n=1.575	n=1.481	n=1.481	n=1.481	n=1.481
Akupunktør	98,4%	67,6%	24,6%	6,7%	1,1%
Biopat	96,4%	14,8%	70,4%	11,1%	3,7%
Clairvoyant	55,3%	15,8%	15,8%	15,8%	52,6%
Fysiurgisk massør/massør	93,2%	38,1%	27,0%	12,1%	22,8%
Healer	100,0%	20,0%	20,0%	15,0%	45,0%
Heilpraktiker	93,3%	10,7%	50,0%	35,7%	3,6%
Hypnoterapeut/ Hypnotisør	78,1%	8,0%	40,0%	20,0%	32,0%
Kinesiolog	97,6%	71,6%	16,0%	11,1%	1,2%
Klassisk homøopat	92,6%	8,3%	54,2%	29,2%	8,3%
Kranio-sakral terapeut	96,0%	27,2%	27,2%	16,3%	29,3%
Psykoterapeut	90,4%	23,4%	42,6%	27,7%	6,4%
Zoneterapeut	99,4%	66,6%	18,0%	9,4%	6,0%
Andet	86,4%	27,5%	14,5%	33,3%	24,6%
Samlet	95,3%	51,4%	23,7%	13,0%	12,0%

I stikprøven for det lille rykkerbrevsspørgeskema var 36% RAB registreret. Der var altså 15 procentpoint færre registrerede i rykkerbrevsundersøgelsen end i den store spørgeskemaundersøgelse. Til sammenligning med den store spørgeskemaundersøgelse planlagde 13% i den lille rykkerundersøgelse, at lade sig registrere, mens henholdsvis 22% og 15% ikke ønskede at blive registreret eller ikke opfyldte samtlige betingelser. Derudover havde 13% afkrydset kategorien "andet". Heraf havde 14% intet kendskab til RAB, mens de resterende mest var enkeltstående tilfælde.

4.4. Markedsføring

Alternative og komplementære behandlere er underlagt loven om markedsføring af sundhedsydelser, der blev vedtaget d. 1. september 2003. Loven indebærer, blandt andet, at der ved markedsføring af sundhedsydelser ikke må anvendes urigtige, urimeligt mangelfulde, utilbørlige eller vildledende angivelser.

Knap firefemtedele af respondenterne markedsfører deres klinik. I gennemsnit anvender respondenterne 3 forskellige markedsføringsmetoder hertil. Ingen behandler typer adskiller sig væsentligt fra dette gennemsnit. Derimod er der forskel på markedsføringsstrategie-

¹⁰ Sundhedsstyrelsen. (05.12-2006)

http://www.sst.dk/Tilsyn/Alternativ_behandling/Registreringsordning_alt_behandlere/Krav_alternativ_e_behandlere.aspx?lang=da og <http://iwww.retsinfo.dk/DELFIN/HTML/B2004/0070205.htm>

gien alt efter, om respondenterne anvender KAB som hovederhverv eller ej. Tabel 13 viser, at hele 86 % af de respondenter, der har KAB som hovederhverv, vælger at markedsføre deres klinik, mens antallet er henholdsvis 75 % og 44 % for dem, der har det som bierhverv og gruppen ”andet”, der primært består af respondenter, der er KAB på hobbyniveau. Den sidste kolonne viser, at respondenterne også adskiller sig ved antallet af markedsføringsmetoder, alt efter om de har KAB som hovederhverv eller ej.

Tabel 13. Markedsføring opdelt efter hoved-/bierhverv

Beskæftigelsesgrad n=1.587	Markedsføring	Gennemsnitligt antal anvendte metoder* (standardafvigelse)
Hovederhverv	86,1%	4 (2,4)
Bierhverv/deltid	74,8%	3 (2,3)
Andet	43,8%	2 (2,7)

*Note: Det skal bemærkes, at respondenterne havde flere afkrydsningsmuligheder

De mest anvendte markedsføringsstrategier fremgår af Tabel 14

Tabel 14. Markedsføringsstrategier

Hyppigste markedsføringsstrategier n=1.220	Antal	Andel
Registreret på en fælles hjemmeside	764	48,1%
Annonce på ”de gule sider”	776	48,8%
Egen hjemmeside	764	48,1%
Visitkort	662	41,6%
Annonce i lokalavis	484	30,4%
Brochure hos andre alternative behandlere	401	25,2%
Annonce i ugeblade	203	12,8%
Fagblade	163	10,3%
Annonce i husstandsomdelte tryksager	141	8,9%
Brochure hos læge	122	7,7%
Reklamesedler i private postkasser	108	6,8%
Andre metoder	346	21,8%

Note: Det skal bemærkes, at respondenterne havde flere afkrydsningsmuligheder

Af andre mindre anvendte metoder kan nævnes opslag i diverse supermarkeder, mund til mund metoden, samt deltagelse på messer rundt om i landet.

4.5. Respondenternes organisering

Det er undersøgt, hvordan respondenterne har organiseret deres praksis i forhold til enkelt eller multipartnerpraksis, om de arbejder på klinik eller på virksomhed, samt fra hvilken type adresse de primært yder komplementær og alternativ behandling.

4.5.1. Klinik eller virksomhed?

I Tabel 15 ses, at langt de fleste respondenter (69 %) kun arbejder på klinik. Ca. 2% er tilknyttet en/flere virksomhed(er). En femtedel af respondenterne har angivet både at arbejde på klinik og være beskæftiget som behandler på en/flere virksomhed(er).

Tabel 15. Respondenternes arbejdsplads

Primær behandlertype n=1.575	Klinik	Virksomhed	Både klinik og virksomhed	Andet
Akupunktør	76,5%	0%	17,5%	6,0%
Biopat	89,3%	0%	7,1%	3,6%
Clairvoyant	73,7%	2,6%	7,9%	15,8%
Fysiurgisk massør/massør	44,0%	5,6%	41,0%	9,4%
Healer	71,4%	0,0%	9,5%	19,0%
Heilpraktiker	96,7%	0,0%	0,0%	3,3%
Hypnoterapeut/hypnotisør	93,9%	3,0%	3,0%	0,0%
Kinesiolog	80,5%	1,2%	11,0%	7,3%
Klassisk homøopat	88,5%	0%	0,0%	11,5%
Kranio-sakral terapeut	72,3%	3,0%	9,9%	14,9%
Psykoterapeut	66,0%	1,9%	22,6%	9,4%
Zoneterapeut	70,6%	2,3%	19,6%	7,5%
Andet	59,8%	1,2%	15,9%	23,2%
Samlet	69,0%	2,3%	19,6%	9,2%

Note: Kategorien "andet" (kolonne 5), består af 21,4% respondenter, der både arbejder på klinik og/eller besøger klienter i private hjem. 8,3 %, der kun foretager hjemmebesøg. 3,6 %, der både har klinik og tager ud på virksomheder og i private hjem. Derudover har yderligere 3,6% både klinik og kursusvirksomhed. De resterende består mest af enkeltstående tilfælde og vil i indeværende rapport ikke blive uddybet.

Jf. Tabel 16 så har langt de fleste respondenter deres klinik på privatadressen. 39,0% har egen indgang til klinikken og 26,7 % har ingen selvstændig indgang. I alt har 23 % klinik ude i byen. Kun ganske få respondenter har ingen klinik (3%) eller anvender en kollegas privatadresse (1%).

Tabel 16. Adresse på klinik

Behandlertype n=1.557	Privatadr. med egen indgang	Privatadr. uden egen indgang	Klinik i byen	Kollegas privatadr.	Ingen klinik	Andet
Akupunktør	39,0%	19,8%	36,3%	2,2%	1,1%	1,6%
Biopat	11,1%	40,7%	37,0%	0%	0%	11,1%
Clairvoyant	21,1%	44,7%	15,8%	7,9%	2,6%	7,9%
Fysiurgisk massør/massør	31,2%	23,8%	25,1%	0,0%	6,9%	13,0%
Healer	28,2%	25,6%	30,8%	2,6%	2,6%	10,3%
Heilpraktiker	53,3%	13,3%	23,3%	0,0%	0,0%	10,0%
Hypnoterapeut/Hypnotisør	39,4%	21,2%	33,3%	0,0%	3,0%	3,0%
Kinesiolog	41,7%	36,9%	10,7%	0,0%	2,4%	8,3%
Klassisk homøopat	19,2%	38,5%	30,8%	0,0%	3,8%	7,7%
Kranio-sakral terapeut	37,8%	24,5%	27,6%	0,0%	3,1%	7,1%
Psykoterapeut	34,6%	28,8%	26,9%	0,0%	1,9%	7,7%
Zoneterapeut	46,1%	27,3%	17,5%	0,2%	3,0%	6,0%
Andet	32,1%	26,9%	29,5%	1,3%	2,6%	7,7%
Samlet	39,0%	26,7%	23,3%	0,6%	3,2%	7,2%

Note: 7,2 % har afkrydset kategorien "andet" (kolonne7). Denne label dækker over de respondenter, der typisk både har egen klinik men samtidig også behandler privat hos klienterne eller på virksomhed.

4.5.2. Multipartnerpraksis

Tabel 17 viser, hvorvidt respondenterne samarbejder med andre behandlere i en multipartnerpraksis. Af tabellen kan det ses, at dette gøres af i alt 27% af respondenterne.

Tabel 17. Samarbejde med andre alternative og komplementære behandlere

Primær behandlerstype n=1.547	Samarbejde med andre behandlere
Akupunktør	38,3%
Biopat	37,0%
Clairvoyant	21,1%
Fysiurgisk massør/massør	32,2%
Healer	26,3%
Heilpraktiker	23,3%
Hypnoterapeut/hypnotisør	18,2%
Kinesiolog	10,8%
Klassisk homøopat	34,6%
Kranio-sakral terapeut	32,7%
Psykoterapeut	30,8%
Zoneterapeut	22,2%
Andet	39,7%
Samlet	27,3%

De respondenter, som har tilkendegivet, at de arbejder i en multipartner klinik, har i gennemsnit 3 kollegaer [min 1; max 22]. Tallet veksler ikke meget de forskellige behandler typer imellem. Dog har gruppen af healere det højeste gennemsnit på 5 kollegaer, dette skyldes, at en enkelt respondent samarbejder med hele 22 andre. Fjernes denne outlier fås et gennemsnit på 2 kollegaer.

4.5.3. Geografisk spredning

Tabel 18 viser, hvordan de alternative og komplementære behandlere er fordelt på landsplan. Den største andel af behandlere er placeret i København, Frederiksberg og omegn, men i forhold til indbyggertallet i dette område, er tallet forholdsvis lavt. Hertil skal bemærkes, at det i sagens natur ikke har været muligt at kontakte samtlige behandlere i Danmark, hvorved andelen i Hovedstadsområdet reelt kan være højere.

På Bornholm er respondenterne enten fysiurgisk massør/massør, zoneterapeuter eller fra gruppen ”andet”. Desuden er gruppen ”andet” mest repræsenteret i Hovedstadsområdet. Derudover er der ikke væsentlig forskel på, hvilke behandlingsformer, der tilbydes i de enkelte distrikter.

Tabel 18. Geografisk placering i Danmark

Regioner (n=1.561)	Andel
Hovedstad	31,7%
Sjælland	14,8%
Syddanmark	24,2%
Midtjylland	21,4%
Nordjylland	7,9%

4.5.4. Fordeling af arbejdstid

I Tabel 19 er den gennemsnitlige arbejdstid pr. uge opgjort og opdelt efter timer til behandling af privatpersoner; til erhvervsrelateret behandling; administration; til andet erhvervsarbejde, og til øvrige ting. Desuden er tabellen opdelt efter hoved-, bierhverv samt "andet".¹¹

Tabel 19. Gennemsnitligt antal arbejdstimer pr uge (standardafvigelse)

Erhvervsgrad	Gns. antal ugentlig arbejdstimer n=1.512	Timer til behandling af privatpersoner n=1.557	Timer til erhvervsrelateret behandling n=1.554	Timer til administrativt arbejde n=1.554	Timer til undervisning n=1.531	Timer til andet erhvervsarbejde n=1.573	Timer til andre ting n=1.581
Hovederhverv	34 (11,9)	22 (11,3)	4 (7,6)	3 (4,2)	2 (4,7)	2 (5,8)	1 (3,5)
Bierhverv/ Deltid	33 (14,4)	8 (6,0)	3 (7,6)	1 (2,3)	1 (3,5)	19 (15,4)	1 (4,1)
Andet	36 (15,6)	7 (9,7)	1 (3,2)	5 (8,7)	4 (9,1)	15 (16,3)	2 (5,9)

Respondenter med KAB som hovederhverv anvender som forventet flest timer på behandling af hhv. privatpersoner og erhvervsrelateret behandling, og kun få timer på andet erhvervsarbejde. Under kategorien "andet" benyttes i gennemsnit 5 timer på administrativt arbejde. Dette forholdsvis høje tal (sammenlignet med antal timer til behandlinger) skyldes blandt andet, at enkelte respondenter deltager i bestyrelsesarbejde i forskellige brancheorganisationer. Kategorien 'antal timer til andre ting', består hovedsageligt af: rengøring af klinik, vask af linned, samt telefonkonsultationer.

Der er ikke den store forskel mellem behandlertyperne og fordelingen af deres ugentlige arbejdstid, hvorfor der ikke er medtaget en særskilt oversigt.

4.6. Analyse af klientaftaler og priser

Det er analyseret, hvor mange klientaftaler respondenterne i gennemsnit havde i 2005, samt det maksimale ugentlige antal klienter, som respondenterne finder, de kan rådgive og/eller behandle. Derudover er det søgt belyst, hvor stor en andel af klientellet, der var

¹¹ Gruppen "andet" indeholder typisk respondenter, der anvender KAB på hobbyniveau.

nyt i år 2005. Det skal bemærkes, at respondenter med klinikopstart i 2005 og 2006 ikke er medtaget i analysen.

Af Tabel 20 ses, at respondenterne i gennemsnit har indberettet 494 klientaftaler i år 2005 og i gennemsnit blev opsøgt af 107 nye klienter. Akupunktører er den gruppe som har flest klientaftaler, hvilket stemmer overens med, at gruppen ligeledes har mulighed for at behandle flest klienter ugentligt.

Tabel 20. Klienter i 2005 fordelt på behandlertype (standardafvigelse)

Primær behandlertype	Gennemsnitligt antal klientaftaler i 2005, n=1.010	Antallet af nye klienter i 2005, n= 944	Max. antal klienter per uge, n=1.093
Akupunktør	1008 (260,6)	174 (189,1)	33 (22,9)
Biopat	225 (250,2)	74 (76,8)	13 (6,8)
Clairvoyant	160 (238,5)	108 (220,2)	9 (6,3)
Fysiurgisk massør/massør	596 (600,7)	113 (142,5)	21 (15,2)
Healer	172 (185,4)	49 (58,4)	12 (9,2)
Heilpraktiker	366 (393,9)	112 (129,8)	21 (12,6)
Hypnoterapeut/hypnotisør	194 (217,7)	143 (158,6)	14 (9,3)
Kinesiolog	259 (246,9)	80 (82,9)	12 (7,5)
Klassisk homøopat	235 (224,3)	76 (79,1)	14 (7,5)
Kranio-sakral terapeut	570 (863,0)	122 (162,3)	20 (19,0)
Psykoterapeut	253 (767,9)	50 (87,6)	9 (5,7)
Zoneterapeut	465 (532,3)	102 (201,7)	20 (12,2)
Andet	346 (607,6)	75 (96,6)	20 (23,9)
<i>Samlet</i>	494 (699,1)	107 (169,9)	20 (16,0)

I Tabel 21 undersøges det, hvorledes antallet af klientaftaler, nye klienter og maksimal antal klienter fordeler sig på hoved-, bierhverv og andet. Som forventet har respondenter i hovederhverv flest klientaftaler og størst mulighed for at behandle flest klienter pr uge.

Tabel 21. Klienter i 2005 fordelt på beskæftigelsesgrad (standardafvigelse)

Beskæftigelsesgrad	Klientaftaler i 2005 n=1.010	Antallet af nye klienter i 2005 n=944	Højeste antal klienter per uge n=1.093
Hovederhverv	798 (819,6)	165 (209,8)	27 (16,2)
Bierhverv/deltid	192 (329,1)	52 (90,9)	11 (9,5)
Andet	371 (948,2)	30 (57,0)	18 (30,0)

Respondenterne i undersøgelsen har i år 2005 samlet haft 510.534 klientaftaler. Opdeles det på beskæftigelsesgrad, har respondenter med hovederhverv (47% af den samlede gruppe, der har besvaret spørgeskemaet) i gennemsnit haft 798 klientaftaler, mens respondenter med KAB som bierhverv (51%) har haft 192 klienter og gruppen andet (2%) har haft 371 klienter årligt. Det antages, at den procentvise fordeling af beskæftigelsesgrad kan ekstrapoleres til hele den aktive population (2.676 personer, jf. afsnit 3.4), således at den samlede fordeling for hele befolkningen er henholdsvis 1.254 som hovederhverv, 1.380 anvender KAB som bierhverv, mens 42 er i gruppen andet. Der-

med kan det samlede estimat for antal kontakter i 2005 beregnes til 1.281.202 klinikaf-taler.

I gennemsnit anvendes 6 konsultationer i hvert behandlingsforløb jf. Tabel 22. Divide-res dette tal med antallet af klinikaf-taler, er summen af klienter lig med 213.534 perso-ner. Det svarer til, at 5% af den voksne befolkning har opsøgt en alterna-tiv/komplementær behandler i år 2005. Tallet virker umiddelbart lavt, da SIF i deres undersøgelse fandt frem til, at 22,5% af den voksne befolkning havde opsøgt en alterna-tiv behandler i løbet af år 2005. Der er dog en forskelle i opgørelsesmetoden blandt de to studier, da indeværende undersøgelse har adspurgt behandlerne og vel at mærke kun de behandlere, der er organiseret, mens SIF's undersøgelse består af personlige interviews blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen over 16 år.

Af Tabel 22 fremgår den gennemsnitlige tid og pris for henholdsvis første og efterføl-gende behandling. Det skal bemærkes, at kun respondenter med klinikopstart før år 2005 er medtaget i analysen.

Det tidsmæssige forbrug ved første behandling varierer mellem 71 min. hos fysiurgisk massør/massør og 133 ved klassisk homøopat. Gennemsnittet for samtlige respondenter er 83 min. Det gennemsnitlige tidsforbrug ved 2. behandling er 17 minutter kortere end ved 1. behandling. Her er variationen mellem de forskellige behandler typer ikke mar-kant. Den største forskel er hos klassiske homøopater med en forskel på 57 min.

Prismæssigt ligger det samlede gennemsnit for alle respondenter på 382 kr. for 1. be-handling. Der er her en relativ stor variation mellem behandler typerne, da zoneterapeu-ter og fysiurgisk massør/massør i gennemsnit tager 306 og 309 kr. for 1. behandling, mens prisen hos hypnoterapeuter/hypnotisør og klassiske homøopater ligger på hen-holdsvis 672 og 671 kr. Samme tendens ses ved prisen for 2. behandling. Der er dog forskel i varigheden af den givne behandling. Søjle 6 angiver prisen pr. ½ time. Den gennemsnitlige pris pr. ½ time er udregnet til at være 149 kr. Her er variationen ikke nær så markant.

Det gennemsnitlige antal konsultationer i et behandlingsforløb er 6 besøg. En del re-spondenter har valgt ikke at svare på spørgsmål herom og har tilkendegivet, at behand-lingsforløbet varierer alt efter typen af lidelse og fra klient til klient. Desuden anvender en del klienter KAB som forebyggelse eller som wellness og har en fast tid hver uge/måned.

Prisen for et forløb for en klient med et gennemsnit på 6 konsultationer og en behand-lingspris på henholdsvis 382 kr. for den første behandling og 353 kr. for de resterende 5 konsultationer, er 2.147 kr.

Tabel 22. Behandlingsvarighed (min.), priser (kr.) samt gennemsnitligt antal kontakter (standardafvigelse)

Primær behandlertype	Tidsforbrug ved 1. behandling n=1.269	Pris for 1.behandling n=1.246	Tidsforbrug ved 2. behandling n=1.261	Pris for 2.behandling n=1.201	Pris pr. halve time ¹²	Gns. pris for et samlet forløb ¹³	Gns. antal kon- takter pr. be- handlings-forløb n=1.019
Akupunktør	78 (19,9)	367 (93,9)	62 (33,4)	329 (781,0)	150	2.012	6 (4,7)
Biopat	104 (26,1)	488 (112,3)	73 (19,2)	381 (116,4)	149	1.631	4 (2,1)
Clairvoyant	95 (45,5)	620 (185,3)	86 (49,7)	584 (190,0)	200	1.204	2 (1,3)
Fysiurgisk mas- sør/massør	71 (23,6)	309 (110,3)	58 (22,0)	292 (113,6)	141	1.769	6 (10,5)
Healer	103 (32,9)	455 (158,0)	80 (30,0)	429 (155,2)	147	3.029	7 (9,3)
Heilpraktiker	100 (42,2)	401 (123,8)	61 (19,8)	344 (88,3)	145	2.121	6 (2,4)
Hypnoterapeut/ hypno- tisør	101 (20,9)	672 (168,8)	76 (17,6)	627 (177,5)	224	1.926	3 (1,7)
Kinesiolog	104 (26,8)	529 (158,5)	87 (28,1)	480 (133,7)	159	1.969	4 (1,6)
Klassisk homøopat	133 (67,0)	671 (152,7)	76 (53,2)	427 (96,8)	160	2.379	5 (2,1)
Kranio-sakral terapeut	81 (18,5)	419 (135,2)	70 (17,8)	399 (111,3)	163	2.015	5 (4,1)
Psykoterapeut	104 (28,0)	592 (226,1)	89 (24,9)	547 (172,9)	178	3.327	6 (3,2)
Zoneterapeut	75 (20,0)	306 (70,20)	61 (16,0)	298 (67,3)	134	2.094	7 (3,3)
Andet	96 (38,9)	532 (199,1)	76 (53,4)	469 (211,5)	176	2.408	5 (5,8)
Samlet	83 (28,8)	382 (158,1)	66 (27,4)	353 (137,3)	149	2.147	6 (5,3)

¹² Minutprisen er udregnet som et gennemsnit af prisen for 1. og 2. behandling.

¹³ Beregnet fra kolonne 3, 5 og 6

4.6.1. Prisfastsættelse

Respondenterne er adspurgt hvordan de har fastsat deres behandlingspris. Resultaterne ses i Tabel 23. Over halvdelen af respondenterne har sat prisen efter, ”hvad de finder rimeligt at tage for en behandling”, mens hver femte har talt med kollegaer i området før prisfastsættelse. Bemærk at respondenter med klinikopstart i 2006 er medtaget.

Tabel 23. Prissætningsmetoder

Primær behandlertype n=1.498	Talt med andre etab- lerede KAB i området	Spurgte branche- forening	Rimelig indtægt for ar- bejds- timer	Rimeligt at tage for behandling	Pris sat efter hvad det forventes at klienter vil betale	Andet
Akupunktør	21,7%	1,1%	9,1%	49,7%	10,3%	8,0%
Biopat	20,0%	16,0%	16,0%	36,0%	8,0%	4,0%
Clairvoyant	18,9%	18,9%	2,7%	48,6%	8,1%	2,7%
Fysiurgisk mas- sør/massør	16,8%	2,3%	6,1%	54,2%	10,7%	9,8%
Healer	11,9%	0%	4,8%	64,3%	9,5%	9,5%
Heilpraktiker	6,7%	6,7%	6,7%	70,0%	3,3%	6,7%
Hypnoterapeut/ Hypnotisør	24,1%	31,0%	6,9%	34,5%	3,4%	0%
Kinesiolog	16,3%	3,8%	13,8%	51,3%	5,0%	10,0%
Klassisk homøo- pat	9,1%	50,0%	0%	31,8%	0%	9,1%
Kranio-sakral Terapeut	16,2%	2,0%	7,1%	57,6%	8,1%	9,1%
Psykoterapeut	8,0%	12,0%	6,0%	56,0%	10,0%	8,0%
Zoneterapeut	24,3%	5,6%	4,3%	52,7%	7,4%	5,6%
Andet	13,5%	8,1%	5,4%	54,1%	6,8%	12,2%
Samlet	19,8%	6,1%	6,1%	52,6%	8,0%	7,3%

Respondenter, der har afkrydset kategorien ”andet” (kolonne 7) har typisk anvendt flere af de nævnte metoder.

Sammenholdt med Tabel 11, er der ikke noget, der tyder på, at man vælger at blive KAB for pengenes skyld. Resultaterne i Tabel 23 tyder dog på, at ydelserne prisfastsættes efter hvad man synes er rimeligt at tage for en behandling.

4.6.2. Prisjustering

Af Tabel 24 fremgår det hvornår respondenterne sidst justerede konsultationsprisen. Det ses, at næsten en femtedel af respondenterne vælger at justere disse årligt, mens 23% ikke har ændret deres pris siden klinikopstart (gennemsnit klinikopstart i år 2003, (s.d) på 4 år).

I kategorien ”Andet” har hovedparten af respondenterne justeret behandlingsprisen siden klinikopstart. Dette er dog ikke gjort på årlig basis. De øvrige besvarelser i kategorien er mere enkeltstående tilfælde, såsom prisnedsættelse pga. momsfritagelse eller flyt-

ning, samt respondenter, der er fastansatte og derfor ikke har indflydelse på hverken pris eller behandlingstid.

Tabel 24. Justering af behandlingspriser

Primær behandlertype n=1.590	Foretager årlig justering	Ikke ændret siden opstart	Andet	Uoplyst
Akupunktør	19,5%	25,4%	51,4%	3,8%
Biopat	7,1%	32,1%	46,4%	14,3%
Clairvoyant	18,4%	36,8%	42,1%	2,6%
Fysiurgisk massør/massør	22,4%	22,8%	47,7%	7,2%
Healer	11,9%	31,0%	57,1%	0,0%
Heilpraktiker	10,0%	23,3%	66,7%	0,0%
Hypnoterapeut/hypnotisør	12,1%	45,5%	30,3%	12,1%
Kinesiolog	17,9%	14,3%	64,3%	3,6%
Klassisk homøopat	7,4%	11,1%	70,4%	11,1%
Kranio-sakral terapeut	17,8%	21,8%	59,4%	1,0%
Psykoterapeut	9,4%	24,5%	60,4%	5,7%
Zoneterapeut	21,5%	22,0%	52,0%	4,5%
Andet	18,3%	22,0%	51,2%	8,5%
Samlet	19,2%	23,3%	52,6%	5,0%

Den gennemsnitlige årlige procentvise stigning i prisen er 12% (s.d. 11,9, n= 1.018). Der er ikke stor variation behandlertyperne imellem.

4.7. Analyse af respondenternes samarbejde med andre behandlere

Respondenterne er adspurgt om samarbejde med andre behandlere. Dette både indenfor det alternative/komplementære område og men også med det etablerede sundhedsvæsen. Spørgsmålene drejer sig om, hvor stor en andel af deres klienter, der har opsøgt klinikken efter henvisning fra andre KAB'er eller fra det etablerede sundhedsvæsen.

Endvidere er respondenterne blevet bedt om at vurdere andelen af klienter, der har startet behandling, fordi de er blevet anbefalet dette af venner/familie; andelen af klienter, der har opsøgt klinikken på baggrund af en annonce eller lignende; andelen af respondenterne, der har opsøgt klinikken uden begrundelse herfor.

Resultaterne er opstillet i Tabel 25. De fleste klienter har opsøgt behandleren på baggrund af anbefaling fra venner og familie (59%), mens knap en tiendedel bliver henvist fra andre alternative behandlere. Det er desværre ikke muligt at analysere, om de alternative behandlere typisk henviser til andre behandlere indenfor eget område, eller om de henviser til en behandler med anden behandlingsform.

Respondenterne vurderer, at ca. 4% af klienterne er henvist fra det etablerede sundhedsvæsen. Respondenter, der har erhvervsmæssig uddannelse indenfor det sundhedsfaglige område får dobbelt så mange henvisninger, som respondenter, der ikke har denne sundhedsfaglige ballast.

Tabel 25. Årsager til at klienter søger behandling hos respondenterne

Primær behandlertype	Anbefalet af venner/familie n=1.348	Henvist fra andre KAB n=1.053	Anbefalet fra det etablerede sundhedsvæsen n=947	Set an- nonce n=1.135	Kom af sig selv n=1.129
Akupunktør	57,1%	8,0%	7,5%	22,6%	11,8%
Biopat	55,5%	5,4%	3,3%	31,0%	10,4%
Clairvoyant	55,5%	10,1%	1,4%	19,6%	16,3%
Fysiurgisk massør/massør	58,2%	8,3 %	4,4%	19,1%	14,4%
Healer	57,0%	10,4%	0,6%	20,9%	12,0%
Heilpraktiker	63,2%	4,0%	1,1%	18,7%	11,7%
Hypnoterapeut/hypnotisør	49,6%	5,5%	2,3%	32,1%	11,9%
Kinesiolog	63,3%	10,9%	1,1%	14,2%	20,1%
Klassisk homøopat	64,1%	8,0%	0,9%	20,7%	8,6%
Kranio-sakral terapeut	61,9%	8,8%	4,6%	18,2%	7,2%
Psykoterapeut	47,9%	12,3%	13,1%	20,6%	13,9%
Zoneterapeut	60,7%	6,8%	3,3%	18,1%	16,7%
Andet	52,5%	14,2%	4,4%	24,8%	10,9%
Samlet	58,9%	8,2%	4,2%	19,8%	14,4%

Note: Tallene i rækkerne summer ikke til 100%, hvilket skyldes, at nogle respondenter ikke har besvaret alle delspørgsmål. Bemærk, at respondenter med klinikopstart i 2005-06 er medtaget i analysen.

4.7.1. Henvisningsmønstre

Tabel 26 viser respondenternes henvisningsmønstre. Knap en fjerdedel henviser til andre behandlere eller til det etablerede sundhedsvæsen. Hypnoterapeut/hypnotisør er den gruppe, der sjældnest henviser til andre. Overordnet set er der ikke den store forskel i henvisningsmønstret. Om respondenterne har en sundhedsfaglig uddannelse eller ej, har heller ikke nogen betydning.

Tabel 26. Respondenternes henvisninger i procent

Primær behandlertype	Henviser til andre KAB N=1.266	Henviser til det etablerede sundhedsvæsen n=1.266	Ikke henvist til andre n=1.291
Akupunktør	9,3%	13,1%	79,3%
Biopat	12,5%	10,8%	77,2%
Clairvoyant	10,8%	10,0%	80,0%
Fysiurgisk massør/massør	11,8%	14,3%	74,0%
Healer	14,8%	13,7%	75,9%
Heilpraktiker	7,9%	8,8%	83,9%
Hypnoterapeut/hypnotisør	5,9%	4,7%	89,7%
Kinesiolog	8,9%	15,2%	76,1%
Klassisk homøopat	9,5%	8,7%	75,1%
Kranio-sakral terapeut	10,9%	11,5%	77,9%
Psykoterapeut	8,8	11,3%	81,7%
Zoneterapeut	12,2%	13,5%	75,8%
Andet	15,6%	12,6%	73,5%
Samlet	11,4%	12,9%	76,7%

Bemærk, at respondenter med klinikopstart i 2005-06 er medtaget i analysen på trods af at spørgsmålet lyder på samarbejde i år 2005.

4.7.2. Behandling i det etablerede sundhedsvæsen for samme problem?

Respondenterne blev bedt om at vurdere andelen af klienter, der *tidligere* har været under behandling i det etablerede sundhedsvæsen for samme problem, som de har opsøgt behandleren med. Vurderingen er, at det drejer sig om knap trefemtedele (58%). De clairvoyante adskiller sig markant på dette punkt, da deres vurdering lyder på ca. 27%.

Tabel 27. Andel af klienter, der tidligere har været i behandling

Primær behandlerstype n=1.328	Andel klienter
Akupunktør	68,9 %
Biopat	70,0%
Clairvoyant	27,2%
Fysiurgisk massør/massør	48,2%
Healer	56,2%
Heilpraktiker	75,6%
Hypnoterapeut/hypnotisør	41,0%
Kinesiolog	67,2%
Klassisk homøopat	80,7%
Kranio-sakral terapeut	66,3%
Psykoterapeut	47,7%
Zoneterapeut	55,2%
Andet	59,6%
Samlet	57,6%

Respondenterne er ligeledes blevet bedt om at vurdere, hvor stor en andel af deres klienter, der simultant søger behandling i hhv. det etablerede sundhedsvæsen og på det alternative sundhedsmarked. Som det fremgår af Tabel 28, da bliver hovedparten af klienterne *ikke* behandlet samtidig. Det skal dog bemærkes, at mange klienter anvender KAB til sundhedsfremme/forebyggelse eller som wellness og derfor ikke er i behandling for en lidelse i det etablerede system. De kategorier, der er anvendt i tabellen, er de samme kategorier, der er anvendt i spørgeskemaet.

Tabel 28. Andel af klienter, der samtidig er i behandling i det etablerede sundhedsvæsen

Primær behandlertype n=1.448	Overvejende hovedregel	75% af tilfældene	50% af tilfældene	25% af tilfældene	Sker sjældnere	Sker som hovedregel ikke
Akupunktør	4,8%	9,0%	15,6%	35,3%	28,1%	6,6%
Biopat	8,3%	4,2%	29,2%	25,0%	33,3%	0,0%
Clairvoyant	0,0%	0,0%	5,6%	13,9%	47,2%	30,6%
Fysiurgisk massør/massør	0,5%	1,9%	9,6%	35,9%	40,7%	11,5%
Healer	2,6%	7,7%	17,9%	25,6%	33,3%	10,3%
Heilpraktiker	3,4%	17,2%	17,2%	24,1%	37,9%	0,0%
Hypnoterapeut/hypnotisør	0,0%	0,0%	3,8%	15,4%	69,2%	11,5%
Kinesiolog	8,9%	7,6%	19,0%	39,2%	21,5%	3,8%
Klassisk homøopat	3,8%	3,8%	34,6%	30,8%	19,2%	7,7%
Kranio-sakral terapeut	1,0%	5,2%	8,2%	30,9%	47,4%	7,2%
Psykoterapeut	8,2%	2,0%	12,2%	18,4%	36,7%	22,4%
Zoneterapeut	2,2%	4,4%	15,8%	37,0%	32,8%	7,4%
Andet	9,7%	9,7%	12,5%	29,2%	30,6%	8,3%
Samlet	3,2%	5,1%	14,4%	33,5%	34,7%	8,7%

4.8. Analyse af respondenternes økonomiske forhold

Respondenterne blev i spørgeskemaet adspurgt om deres økonomiske forhold. De følgende spørgsmål er primært henvendt til selvstændige behandlere. De behandlere, der har en multipartnerpraksis, blev bedt om at angive, hvor meget de selv omsætter for og skønne over deres andel af fællesudgifter. Respondenter med opstart af klinik i år 2005-06 er ikke medtaget i analysen.

Tabel 29 og Tabel 30 viser midtpunktsværdierne for bruttoomsætningen, samt andelen der anvendes til klinikens husleje, el, varme, indkøb af forbrugsartikler etc. I den første tabel er tallene opgjort efter om KAB er respondentens hovederhverv eller ej, mens de i den næste er opdelt efter behandlertyper.

Tabel 29. Bruttoomsætning og procentdel til husleje etc. fordelt på beskæftigelsesgrad

Beskæftigelsesgrad	Midtpunktsværdier for bruttoomsætning n=1.323	Procentvis andel til husleje n= 935
Hovederhverv	233.653	23,8%
Bierhverv/deltid	52.985	26,5%
Andet	113.825	39,5%

I næste tabel vises som nævnt sammenhængen mellem behandlertype og bruttoomsætning.

Tabel 30. Bruttoomsætning og procentdel til husleje etc. fordelt på behandlertype

Primær behandlertype	Midtpunktsværdier for bruttoomsætning n=1.356	Procentvis andel til husleje etc. n=935
Akupunktør	238.768	28,8 %
Biopat	105.250	25,1 %
Clairvoyant	110.500	19,6%
Fysiurgisk massør/massør	157.284	26,5%
Healer	86.041	32,0%
Heilpraktiker	183.904	36,0%
Hypnoterapeut/hypnotisør	141.861	21,2%
Kinesiolog	131.606	25,0%
Klassisk homøopat	134.738	32,6 %
Kranio-sakral terapeut	149.314	27,3%
Psykoterapeut	119.028	30,8%
Zoneterapeut	124.897	21,2%
Andet	205.600	29,0%
Samlet	149.411	25,2%

Midtpunktestimatet for bruttoomsætningen er 149.411 kr. og i gennemsnit går 25,2% af bruttoomsætningen til husleje etc. Akupunktører er den gruppe med højst bruttoomsætning, mens healere ligger i den lave ende af skalaen. Dette stemmer ligeledes overens med, at akupunktørerne var den gruppe med flest klinikaftaler, mens healere også her lå i den lave ende, jf. Tabel 29. Det skal bemærkes, at et konservativt slutinterval på 700.000 kr. er anvendt i beregningen.

Det samlede antal aktive behandlere i Danmark blev i afsnit 3.4 estimeret til 2.676 personer. Hvis det antages, at bruttoomsætningsgennemsnittet for alle aktive respondenter er 149.411 kr., så kan den samlede bruttoomsætningen for branchen formodes at være omkring 400 mio. kr. Det skal her bemærkes, at det ikke har været muligt at lave en totaltælling af alternative/komplementære behandlere i Danmark, men det formodes, at undersøgelsen har kontaktet de fleste. Det præcise antal kendes dog ikke, hvorfor bruttoomsætningen er et skøn.

4.8.1. Naturmedicin

Tabel 31 viser respondenternes anbefaling og salg af naturmedicin. Ikke uventet er der stor variation KAB områderne imellem. Det ses, at samtlige biopater og heilpraktikere anbefaler naturmedicin. Blandt disse anbefaler mere end 90 % af respondenterne det ofte. Henholdsvis 4% og 9% af zoneterapeuterne og akupunktørerne anbefaler aldrig naturmedicin, mens over halvdelen af disse to grupper anbefaler naturmedicin undertiden. I den anden ende af skalaen ligger hypnoterapeut/hypnotisør hvor 91% aldrig anbefaler naturmedicin og de resterende 9% ikke anbefaler det regelmæssigt. Psykoterapeuter og clairvoyante anbefaler ligeledes sjældent naturmedicin.

Tabel 31. Salg af naturmedicin

Primær behandlerstype	Anbefaling af naturmedicin			Andel, der selv sælger naturmedicin
	Ofte	Undertiden	Aldrig	
Akupunktør	33,5%	57,3%	9,2%	46,1%
Biopat	96,4%	3,6%	0,0%	37,0%
Clairvoyant	5,6%	52,8%	41,7%	9,1%
Fysiurgisk massør/massør	13,6%	56,8%	29,7%	27,7%
Healer	11,9%	52,4%	35,7%	29,6%
Heilpraktiker	90,0%	10,0%	0,0%	66,7%
Hypnoterapeut/hypnotisør	0,0%	9,1%	90,9%	0,0%
Kinesiolog	48,8%	46,4%	4,8%	39,2%
Klassisk homøopat	28,0%	40,0%	32,0%	22,2%
Kranio-sakral terapeut	17,0%	59,0%	24,0%	17,1%
Psykoterapeut	7,8%	33,3%	58,8%	17,4%
Zoneterapeut	40,4%	55,7%	3,9%	28,3%
Andet	46,8%	34,2%	19,0%	27,7%
Samlet	33,2%	50,8%	16,0%	30,8%

Note: samtlige respondenter er anvendt i analysen

Respondenterne solgte i gennemsnit for 23.848,39 kr. med en variation mellem 0 og 790.000 kr. På baggrund heraf vurderes, at den samlede omsætning for respondenternes salg af naturmedicin i år 2005 lå i nærheden af 8 mio. kr.

I 1999 blev det muligt for alternative behandlere at blive momsfrataget¹⁴. Det er derfor søgt belyst hvor stor en andel af respondenterne, der henholdsvis er momsregistreret og momsfrataget. Resultaterne ses i Tabel 32. Det skal bemærkes, at samtlige respondenter er medtaget i dette spørgsmål.

¹⁴Ifølge momslovens § 13, stk. 1, nr. 1. Momsloven giver mulighed for at give momsfratagelse til personer, der udfører "anden egentlig sundhedspleje". Minimumskravene til behandlerens uddannelse er, at de har gennemgået en uddannelse med mindst 660 lektioner (10)

Tabel 32. Momsregistrering og momsfritagelse

Primær behandlertype	Andel der er momsregistreret	Andel der er momsfritaget
	n=1.476	n=1.483
Akupunktør	22,7%	94,2%
Biopat	34,6%	80,8%
Clairvoyant	17,6%	48,6%
Fysiurgisk massør/massør	36,8%	67,6%
Healer	36,8%	50,0%
Heilpraktiker	55,6%	86,7%
Hypnoterapeut/hypnotisør	40,0%	66,7%
Kinesiolog	24,1%	91,3%
Klassisk homøopat	4,0%	80,8%
Kranio-sakral terapeut	25,3%	74,0%
Psykoterapeut	14,3%	93,6%
Zoneterapeut	17,8%	96,1%
Andet	27,0%	68,9%
Samlet	24,1%	85,1%

Samlet er 24% af respondenterne momsregistreret og 85% er momsfritaget. Tallet summerer ikke til 100%. Det skyldes, at momsregistrering er nødvendig for at få tildelt et S.E nummer¹⁵, men samtidig kan respondenterne opfylde kravene til momsfritagelse. For at kunne opnå momsfritagelse kræves det, at respondenterne samlet har gennemgået 660 lektioner indenfor anatomi/fysiologi, sygdomslære/farmakologi, psykologi, klinikvejledning/klientbehandling, introduktion til andre alternative behandlingsformer samt lektioner indenfor respondenterens eget behandlingsområde.¹⁶

Det fremgår af tabellen, at clairvoyante, healere, hypnoterapeut/hypnotisør og fysiurgisk massør/massør er de grupper, hvor færrest KAB er momsfritaget. Dette hænger intuitivt sammen med varigheden af deres uddannelsesforløb, som i gennemsnit er noget lavere end de øvrige KAB områders, jf. Tabel 9.

4.9. Journal og effektvurdering

Der er stillet spørgsmål, om i hvilken udstrækning respondenterne fører journal over deres klienter, og hvorvidt de foretager en effektvurdering af den behandling, de yder deres klienter.

¹⁵ I forbindelse med registreringen af en virksomhed hos Told og Skat bliver virksomheden tildelt et CVR/SE-nummer, som Told og Skat anvender til brug for bl.a. opkrævning af AM-bidrag, SP-bidrag og A-skat.

¹⁶ VIFAB's hjemmeside. <http://www.vifab.dk/artikler/alle/momsfritagelse/> (18.12.06)

4.9.1. Journalføring

Af Tabel 33 fremgår det, at 71% af samtlige respondenter fører journal over alle klienter, mens en femtedel kun fører journal over udvalgte klienter. Der er stor variation de enkelte behandlertyper imellem. Hvor hovedparten af clairvoyante ikke fører journal (63%), gør klassiske homøopater det for hver enkelt klient. Denne forskel kan hænge sammen med, at anvendelse af homøopatisk medicin er en integreret del af metoden at undersøge, hvilke symptomer, der forværres eller forbedres. Derfor er det nødvendigt at føre journal.

Tabel 33. Journalføring

Primær behandlertype n=1.529	Journalføring		
	Fører journal over alle klienter	Fører journal, men ikke over alle klienter	Fører ikke journal
Akupunktør	93,4%	6,0%	0,5%
Biopat	96,0%	4,0%	0,0%
Clairvoyant	5,3%	31,6%	63,2%
Fysiurgisk massør/massør	46,9%	32,3%	20,8%
Healer	40,0%	27,5%	32,5%
Heilpraktiker	93,1%	6,9%	0,0%
Hypnoterapeut/hypnotisør	75,0%	9,4%	15,6%
Kinesiolog	90,1%	8,6%	1,2%
Klassisk homøopat	100,0%	0,0%	0,0%
Kranio-sakral terapeut	70,4%	23,5%	6,1%
Psykoterapeut	69,2%	19,2%	11,5%
Zoneterapeut	73,0%	20,9%	6,1%
Andet	68,8%	23,4%	7,8%
Samlet	70,7%	19,7%	9,6%

4.9.2. Effektvurdering

Af Tabel 34 fremgår det, at ca. syv tiendedele af respondenterne indsamler oplysninger om effekten af de behandlinger, de yder klienterne. Der er stor variation de enkelte behandlertyper imellem. Næsten halvdelen (47%) af de respondenter, der primært beskæftiger sig med clairvoyance, indsamler *ikke* information om effekten af den rådgivning/behandling de yder. Der er ikke stor forskel om de clairvoyante har et sekundært erhverv eller ej. Til sammenligning har 89% af de klassiske homøopater og 86% af akupunktørerne tilkendegivet, at de systematisk og løbende indsamler information om behandlingernes effekt.

Tabel 34. Indsamling af information om effekt af behandling

Primær behandlertype n=1.510	Indsamler in-formation om effekt	Indsamler information periodisk/enkelte klienter	Indsamler ikke information om effekt
Akupunktør	86,5%	9,6%	3,9%
Biopat	69,6%	13,0%	17,4%
Clairvoyant	13,2%	39,5%	47,4%
Fysiurgisk massør/massør	59,0%	21,6%	19,4%
Healer	46,2%	33,3%	20,5%
Heilpraktiker	79,3%	6,9%	13,8%
Hypnoterapeut/hypnotisør	59,4%	25,0%	15,6%
Kinesiolog	65,0%	20,0%	15,0%
Klassisk homøopat	88,9%	3,7%	7,4%
Kranio-sakral terapeut	73,7%	14,1%	12,1%
Psykoterapeut	63,5%	23,1%	13,5%
Zoneterapeut	74,3%	16,6%	9,1%
Andet	61,8%	27,6%	10,5%
Samlet	69,7%	18,0%	12,3%

I Tabel 35 ses hvilke metoder de enkelte respondenter anvender til indsamling af data vedrørende effekt. Den mest anvendte metode er at udspørge klienterne om egen oplevelse af effekten ved slutningen af behandlingsforløbet. Andre anvendte metoder er at vurdere effekten ved systematiske test, samt løbende at udspørge klienten undervejs i behandlingsforløbet. Spørgeskemaundersøgelser anvendes kun sjældent.

Tabel 35. Metoder til indsamling af effektdata

Primær behandlertype	Mod slutningen af forløbet	Spørgeskema	Systematisk test	Spørger løbende	Andet
	n=838	n=30	n=309	n=312	n=153
Akupunktør n=178	56,2%	1,6%	30,8%	20,0%	11,4%
Biopat n=24	42,9%	0,0%	25,0%	10,7%	21,4%
Clairvoyant n=20	26,3%	5,3%	5,3%	7,9%	15,8%
Fysiurgisk massør/massør n=194	45,3%	1,3%	15,3%	18,1%	8,1%
Healer n=36	47,6%	2,4%	11,9%	16,7%	11,9%
Heilpraktiker n=26	56,7%	0,0%	36,7%	6,7%	6,7%
Hypnoterapeut/Hypnotisør n=28	36,4%	9,1%	6,1%	15,2%	36,4%
Kinesiolog n=72	64,3%	1,2%	26,2%	15,5%	9,5%
Klassisk homøopat n=25	51,9%	7,4%	22,2%	18,5%	18,5%
Kranio-sakral terapeut n=89	55,4%	0,0%	23,8%	31,7%	5,9%
Psykoterapeut n=46	62,3%	5,7%	20,8%	18,9%	18,9%
Zoneterapeut n=596	54,9%	1,4%	15,6%	22,5%	6,8%
Andet n=74	52,4%	3,7%	30,5%	8,5%	11,0%
Samlet n=1404	52,8%	1,9%	19,5%	19,7%	9,6%

Note: Bemærk at det har været muligt at afkrydse flere steder, derfor summere rækkecellerne ikke til 100%

En tiendedel af respondenterne har sat kryds i kategorien ”andet” (søjle 6). Heraf dækker 20% over, at behandleren løbende vurderer og noterer effekten, mens 9 % dækker over, at behandleren er i telefonisk kontakt med klienten. Den sidstnævnte metode anvendes ofte af de KAB, som ikke har mange efterfølgende besøg af klienterne, deriblandt hypnoterapeut/ hypnotisør og clairvoyante.

4.9.3. Forskningsprojekter

På grund af den bevågenhed det alternative sundhedsmarked har i dagens Danmark, er det fundet relevant at søge at belyse, hvor stor en del af respondenterne, der har medvirket, eller pt. medvirker i et forskningsprojekt – og for hvad.

Resultaterne i Tabel 36 viser, at ca. en tiendedel af respondenterne tidligere har deltaget i forskningsprojekter. Fokus for forskningen har typisk været migræne/hovedpine (14%), samt astma/allergi (8%). Derudover har forsøgene behandlet barnløshed, kolik, kræft samt andre enkeltstående tilfælde. På nuværende tidspunkt deltager 2% i forskningsprojekter. Disse projekter er fortrinsvis rettet mod sclerose (15%) samt astma (12%). Øvrige projekter består af behandling af spiseforstyrrelse og andre projekter i samarbejde med andre sundhedsmedarbejdere.

Tabel 36. Deltagelse i forskningsprojekter

Primær behandlerstype n=1.554	Har deltaget i tidligere projekter	Deltager i nuværende projekter
Akupunktør	10,0%	5,0%
Biopat	0,0%	0,0%
Clairvoyant	7,9%	0,0%
Fysiurgisk massør/massør	6,2%	0,9%
Healer	19,5%	2,4%
Heilpraktiker	0,0%	3,4%
Hypnoterapeut/hypnotisør	0,0%	3,2%
Kinesiolog	18,3%	0,0%
Klassisk homøopat	18,5%	14,8%
Kranio-sakral terapeut	7,1%	2,0%
Psykoterapeut	3,8%	1,9%
Zoneterapeut	11,5%	1,6%
Andet	16,7%	5,1%
Samlet	10,2%	2,3%

Note: Der er 23 manglende svar ved kategorien for deltagelse i tidligere projekter

Der er ikke noget entydig billede af hvilke KAB, der er tilknyttet de enkelte projekter.

4.10. Kræftbehandling

Der har i de seneste år været stor politisk bevågenhed vedrørende kræftpatienters brug af komplementær og alternativ behandling. Derfor er respondenterne specifikt blevet adspurgt herom. Det drejer sig om, hvorvidt de bliver kontaktet af klienter med kræft samt om de yder komplementær/alternativ behandling til disse.

Herudover er det forsøgt belyst, hvor mange klienter med kræft, der årligt søger behandling udenfor det etablerede system, og hvor stor en procentdel af behandlernes tid der går til klienter med kræft.

Desforuden er det undersøgt, hvor stor en andel af klienter med kræft, der anvender KAB som supplement eller alternativ til den etablerede behandling, samt hvorledes det etablerede sundhedsvæsen samarbejder med komplementære og alternative behandlere. Dette forsøges belyst ved at se på procentdelen af de klienter med kræft, der bliver henvist fra det etablerede sundhedsvæsen. Slutteligt er respondenterne blevet spurgt om, hvilke kræftlidelser klienter med kræft har.

Tabel 37 viser, at over halvdelen af respondenterne oplever at blive kontaktet af klienter med kræft (51%). Heraf står især heilpraktiker, klassiske homøopater og akupunktører for en stor del af kontakten, da mere end tre fjerdedele af disse bliver kontaktet. Af de KAB, som får færrest henvendelser vedrørende kræftbehandling/lindring, kan nævnes; hypnoterapeut/hypnotisør, psykoterapeut, fysiurgisk massør/massør. Desuden oplever kun en enkelt clairvoyant, uden et sekundært erhverv, at blive kontaktet.

Næsten 90% af de kontaktede KAB vælger at yde klienter med kræft behandling/lindring. Der er dog to KAB typer som adskiller sig væsentlig herfra: kun ca. halvdelen af hypnoterapeuter/hypnotisører og 57% af de clairvoyante vælger at yde denne klientgruppe behandling/lindring.

Tabel 37. Kræftpatienter og ressourceforbrug

Primær behandlingstype	Respondenter der bliver kontaktet af kræftpatienter n=1.579	Respondenter som bliver kontaktet og som også behandler kræftpatienter n=794	Gennemsnitligt antal kræftpatienter per behandler n=662	Gennemsnitlig procentvis tidsforbrug på kræftpatienter n=594	Andel af kræftpatienter der anvender KAB som supplement n=681
Akupunktør	75,7%	92,8%	10 (14,5)	7,6 %	88,2 %
Biopat	66,7%	88,9%	5 (3,2)	5,8 %	93,6 %
Clairvoyant	36,8%	57,1%	2 (1,3)	2,2 %	99,4 %
Fysiurgisk massør/massør	34,2%	83,8%	8 (15,7)	3,0 %	88,3 %
Healer	53,7%	90,9%	4 (5,0)	9,2 %	80,0 %
Heilpraktiker	80,0%	95,8%	28 (94,6)	8,2 %	83,3 %
Hypnoterapeut/hypnotisør	24,2%	50,0%	4 (4,5)	1,8 %	96,3 %
Kinesiolog	66,7%	94,5%	5 (4,1)	5,2 %	89,5 %
Klassisk homøopat	77,8%	95,2%	5 (7,2)	5,9 %	75,4 %
Kranio-sakral Terapeut	44,6%	90,9%	5 (4,1)	4,6 %	85,5 %
Psykoterapeut	28,8%	86,7%	2 (1,3)	4,7 %	81,2 %
Zoneterapeut	49,2%	89,4%	5 (9,3)	5,8 %	88,8 %
Andet	51,9%	97,6%	48 (120,8)	9,9 %	86,5 %
Samlet	50,9%	89,7%	9 (35,1)	6,1%	87,8 %

I den 4. kolonne i Tabel 37 ses, at hver behandler i gennemsnit havde 9 klienter med kræft i 2005. Kategorien ”andet” havde i gennemsnit hele 48 klienter med kræft. Dette høje tal skyldes dog to outliers, hvor respondenterne havde henholdsvis 450 og 550 kræftklienter i år 2005 (ernæringsterapeut og orthomolekylærbehandler¹⁷). Det samme gør sig gældende for heilpraktikere, hvor en enkelt behandler ligeledes tilså 450 klienter med kræft. Alle tre outliers er beskæftiget med KAB på fuldtid, derudover har de to en sundhedsfaglig uddannelse som praktiserende læge. Hvis disse tre outliers fjernes, fås et gennemsnit på henholdsvis 20 og 8 kræftpatienter for de to behandler typer. I alt behandlede de 794 komplementære og alternative behandlere, der yder behandling til klienter med kræft, 5.980 kræftpatienter i år 2005. I gennemsnit anvendte de 6,1 % af deres behandlingstid på denne klienttype.

Den sidste kolonne viser, at behandlerne vurderer, at knap ni tiendedele at deres klienter med kræft anvender komplementær og alternativ behandling som *supplement* til behandlingen i det etablerede sundhedsvæsen.

4.10.1. Kræftklienternes henvisningsmønstre

Tabel 38 viser, hvordan klienter med kræft bliver henvist til komplementær/alternativ behandling. Relativt få klienter (5%) bliver henvist fra det etablerede sundhedsvæsen.

Tabel 38. Henvisningsmønstre

Behandler type n=710	Andel anbefalet fra det etablerede sundhedsvæsen	Andel anbefalet gennem venner/familie	Andel der har op- søgt KAB på eget initiativ	Andel som tidligere har benyttet KAB	Andel ”andet”
Akupunktør	10,4 %	36,4 %	30,8%	13,6 %	4,1 %
Biopat	1,3 %	48,1 %	23,8 %	13,4 %	13,4 %
Clairvoyant	0,0 %	50,0 %	43,8 %	6,3 %	0,0 %
Fysiurgisk massør/massør	2,8 %	27,9 %	38,6 %	15,6 %	1,8 %
Healer	1,2 %	45,3 %	31,0 %	8,9 %	3,9 %
Heilpraktiker	1,7 %	56,8 %	30,9 %	9,1 %	1,6 %
Hypnoterapeut/hypnotisør	2,5 %	36,3 %	20,0 %	33,8 %	7,5 %
Kinesiolog	3,3 %	43,4 %	23,0 %	18,1 %	6,4 %
Klassisk homøopat	0,9 %	48,9 %	42,2 %	4,7 %	0,0 %
Kranio-sakral terapeut	3,7 %	40,1%	29,6 %	17,5 %	2,3%
Psykoterapeut	6,5 %	35,9 %	32,9 %	9,0 %	0,0 %
Zoneterapeut	5,4 %	32,4 %	35,68 %	20,5 %	1,1%
Andet	6,0 %	34,79 %	30,2 %	16,4 %	9,3%
Samlet	5,3 %	36,3 %	33,1 %	16,6 %	3,0 %

Note: Samlet summerer tallene ikke til 100 %, hvilket skyldes, at enkelte respondenter ikke har besvaret alle spørgsmålene.

Akupunktører og psykoterapeuter modtager fleste rekommandationer, da henholdsvis 10% og 7% af deres klienter med kræft bliver henvist fra det etablerede system. Det skal bemærkes, at en andel af akupunktører i forvejen er tilknyttet det etablerede system,

¹⁷ Forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme med naturlige og økologiske næringsstoffer. En orthomolekylær behandler arbejder således fra cellens indre ud i organismen for at helbrede denne.

såsom læger. Hvis disse respondenter fjernes fra analysen, falder antallet af henvisninger til 9%.

Det fremgår ligeledes af tabellen, at kræftklienter hyppigst opsøger KAB, fordi de enten er blevet anbefalet dette af venner/familie (36%), eller selv har taget initiativet (33%).

Det skal her bemærkes, at procentfordelingen er vurderet af behandlerne og ikke angivet af klienter med kræft.

Tabel 39 viser hvilke kræftformer klienter, der søger KAB, har. Som det fremgår, er klienter med brystkræft (42%) den overvejende kræftklienttype, der bliver behandlet hos KAB. Det stemmer overens med SIFs undersøgelse, der viste, at en større andel kvinder end mænd har anvendt alternativ behandling inden for det seneste år. Kræft i mave-tarm regionen og lungekræft følger efter brystkræft med henholdsvis 13% og 9% af klienterne.

Tabel 39. Procentvis fordeling af kræfttyper

Kræfttype n=633	Andel af kræfttype
Brystkræft	42,7 %
Lungekræft	8,9%
Kræft i hoved-hals region	4,3 %
Hudkræft	3,5 %
Kræft i æggestok	3,7 %
Livmoderkræft	4,1 %
Kræft i mave-tarm region	13,2%
Testikelkræft	2,3 %
Urologisk kræft	2,4 %
Lymfomer	2,0 %
Leukæmi	4,1 %
Andre kræfttyper	5,3 %

Øvrige kræfttyper udgør 5 %. Heraf repræsenterer leverkræft 25%, prostatakræft 11 % og knoglekræft 6 %. Hovedparten af de resterende procenter er enkeltstående kræftformer eller uoplyst.

Af Tabel 40 fremgår, hvilke former for kræft de enkelte behandlertyper behandler. Der er ikke umiddelbart en tendens til, at enkelte behandlertyper vælger at specialisere sig indenfor et specifikt kræftområde. Samtlige behandlertyper har en høj forekomst af brystkræfttramte klienter.

Tabel 40. Behandling af kræfttyper opdelt efter KAB behandler type

Kræfttype/ primær behandler type	Primær behandler type												
	Akupunktør n=129	Biopat n=16	Clairvoyant n=8	Fysiurgisk massør/ massør n=67	Healer n=20	Heilpraktiker n=23	Hypnoterapeut/ Hypnotisør n=4	Kinesiolog n=52	Klassisk homøopat n=20	Kranio-sakral tera- peut n=40	Psyko-terapeut n=13	Zoneterapeut n=279	Andet n=41
Brystkræft	42,5%	36,8%	37,5%	42,2%	29,9%	40,0%	45,8%	43,0%	34,4%	50,8%	53,9%	44,0%	38,4%
Lungekræft	16,2%	10,1%	16,7%	8,5%	10,0%	8,7%	8,3%	7,6%	11,8%	10,0%	6,3%	9,7%	4,3%
Kræft i hoved-hals region	2,8%	3,2%	0,0%	3,4%	6,8%	2,8%	8,3%	4,3%	3,6%	11,2%	15,3%	3,4%	7,4%
Hudkræft	2,5%	6,0%	0,0%	3,6%	1,7%	5,5%	0,0%	6,9%	8,9%	2,6%	0,0%	3,3%	2,1%
Kræft i æggestok	3,1%	8,3%	8,3%	2,3%	5,6%	2,8%	12,5%	3,4%	1,6%	1,3%	4,2%	4,0%	5,1%
Livmoder-kræft	5,1%	0,0%	0,0%	6,9%	7,2%	2,6%	12,5%	3,0%	7,1%	3,1%	6,7%	5,6%	3,9%
Kræft i mave-tarm region	12,8%	12,7%	16,7%	16,2%	14,9%	16,7%	6,3%	15,9%	15,5%	7,3%	4,2%	13,0%	15,4%
Testikel-kræft	1,0%	0,0%	0,0%	1,4%	1,7%	7,1%	0,0%	0,8%	3,2%	0,9%	2,1%	3,6%	1,4%
Urologisk kræft	3,8%	2,3%	0,0%	1,4%	2,2%	1,8%	0,0%	3,4%	3,3%	0,0%	0,0%	1,9%	5,8%
Lymfomer	1,5%	7,3%	0,0%	5,8%	3,9%	4,5%	0,0%	5,5%	0,5%	0,0%	0,0%	3,0%	3,0%
Leukæmi	4,1%	10,2%	4,2%	3,1%	11,7%	4,8%	0,0%	3,2%	4,2%	4,1%	3,3%	3,7%	4,0%
Andre kræfttyper	4,6%	3,0%	16,7%	5,1%	4,4%	2,8%	6,2%	3,2%	6,8%	8,7%	4,2%	4,9%	9,3%

5. Diskussion

Indeværende undersøgelse har haft til formål at få indsigt i det alternative og komplementære sundhedsmarked. Deltagerne i undersøgelse er identificeret ud fra tilknytning til en brancheorganisation. Herved er vi ikke nået ud til samtlige aktører på udbudssiden, men det er vores opfattelse, at vi har fået kontakt med en meget stor del af de aktive, organiserede KAB behandlere. Desuden formodes det, at de behandlere, der ikke er medlem af en behandlerorganisation, fortrinsvis anvender KAB på hobbyniveau.

Analyserne er foretaget på baggrund af respondenternes angivelse af hvilken behandler-type, de primært ser sig som/anvender oftest. Hovedparten af respondenterne er dog ligeledes KAB på andre områder – og opfatter ofte disse områder som værende lige så ”primær”, som den, de har angivet som værende det primære område. Der skal derfor udvises forsigtighed i sammenligningen af resultaterne på tværs af behandler typerne, da det enkelte svar kan være påvirket af respondenternes sekundære KAB område(r).

Betydningen sekundære KAB områder er forsøgt vurderet i en mindre kontrolberegning hvor bl.a. kontakter pr. klient og bruttoomsætningen sammenlignes mellem de, der ”kun” har ét KAB område og de, der har angivet mindst to KAB områder. Resultatet viste, at der ikke var væsentlig forskel i det gennemsnitlige antal kontakter pr. klient. Derimod var der en forskel i den gennemsnitlige bruttoomsætning. Respondenter med et sekundært KAB område havde en gennemsnitlig årlig bruttoomsætning, som var 47.060 kr. højere end respondenter uden et sekundært KAB område. Andelen af respondenter med KAB som hovederhverv er endvidere større blandt de respondenter der har angivet flere KAB områder. Gentages analysen med kun de respondenter, der har KAB som hovederhverv, har gruppen med et sekundært KAB område en omsætning, der er 31.500 kr. højere.

I forbindelse med afgrænsningen af behandler typer, og for ikke at få for små grupper, er alle former for massage lagt sammen under en betegnelse. Det skal naturligvis bemærkes, at der kan være stor forskel på de enkelte massageformer. Det samme gør sig gældende for hypnoterapeut og hypnotisør, men denne sammenlægning er foretaget, da de fleste behandlere af denne type, har tilkendegivet at de anvender begge former. En hypnoterapeut er en hypnotisør, som udover at kunne hypnotisere også arbejder terapeutisk under hypnose.

Prisen for respondentens primære og sekundære behandlingsformer kan variere, ligesom et fåtal af respondenter yder rabat til enkelte grupper i befolkningen (børn, pensionister, studerende etc.). I indeværende rapport anvendes kun prisen for respondentens primære behandling uden rabat. Det skyldes, at respondenterne hovedsageligt er beskæftiget med deres primære KAB område, desuden formodes det, at andelen af behandlinger med rabat er begrænset, og derfor ikke influerer nævneværdigt på resultaterne.

Nærværende undersøgelse estimerer, at ca. 5% af den voksne befolkning har opsøgt en alternativ/komplementær behandler i år 2005. Tallet virker umiddelbart lavt, da SIF i deres undersøgelse fandt, at 22,5% af den voksne befolkning havde opsøgt en alternativ behandler i løbet af året. Der er dog forskelle i opgørelsesmetoden blandt de to studier, da indeværende undersøgelse har adspurgt behandlerne og vel at mærke kun de behandlere, der er organiseret - mens SIF's undersøgelse består af personlige interviews blandt et

repræsentativt udsnit af befolkningen over 16 år. Det faktiske tal ligger nok et sted mellem de to resultater.

De 5%, som indeværende rapport kommer frem til, er baseret på et kvalificerede skøn, da antallet af klinkaftaler i undersøgelsen er ekstrapoleret til resten af KAB populationen alt efter beskæftigelsesgrad, jf. afsnit 4.6. Dette tal er så divideret med gennemsnittet af konsultationer for et behandlingsforløb. I den forbindelse skal det nævnes, at respondenterne har haft svært ved at angive det præcise antal af konsultationer pr. behandlingsforløb, da det varierer meget fra klient til klient. Flere anvender desuden KAB som forebyggende og wellness og kommer fast hver uge/måned. Det gennemsnitlige antal på 6 konsultationer formodes derfor at være højt sat.

Andre områder i undersøgelsen er ligeledes baseret på kvalificerede skøn. Det gælder bl.a. vurderingen af KAB ratio pr. 100.000 borgere i Danmark. Her er det samlede antal aktive behandlere estimeret ud fra en ekstrapolering af de oplysninger, der er modtaget fra de respondenter, der har besvaret et af spørgeskemaerne. Der er nogle usikkerheder omkring dette tal, da det kan formodes, at andelen af aktive respondenter er mindre i den gruppe, som ikke har givet lyd fra sig, hvilket giver en lavere ratio. Omvendt er de KAB behandlere, der ikke er medlem af en brancheorganisation, ikke medtaget i analysen. Det forventes ikke at dreje sig om mange behandlere, men det vil alligevel have en positiv indflydelse på ratioen.

Ved beregningen af det gennemsnitlige antal uddannelsestimer som den enkelte KAB uddannede har fulgt, samt bruttoomsætningen, har respondenterne ved afkrydsning tilkendegivet et interval, hvori deres antal uddannelsestimer og omsætning ligger. Det er således ikke et helt præcist udtryk for respondentens grad af uddannelse og indkomst. Selve gennemsnittene er beregnet ud fra midten af de intervalmuligheder, som respondenterne har haft, og ud fra hvor mange, der har svaret i hvert interval. For slutintervallet er der anvendt konservative estimater på henholdsvis 1.800 uddannelsestimer og 700.000 kr. Det betyder, at middelværdien har en tendens til at give en lidt mindre værdi, end hvis respondenterne blev bedt om at angive det præcise tal. For uddannelsestimer har 335 afkrydset den sidste kategori, hvorved det konservative estimat har en relativ stor betydning og antallet af gennemsnitlige uddannelsestimer formodes at være lavt sat. For bruttoomsætningen har blot 35 respondenter afkrydset det sidste interval, så det antages at denne variable tilnærmelsesvis stemmer overens med fakta.

Antallet af respondenter med en KAB uddannelse er overraskende højt, men kan være forårsaget af rekrutteringsprocessen. Det kan skyldes, at antallet af autodidakte er højere blandt behandlere på hobbyplan, og de behandlere, der ikke er medlem af en brancheorganisation. Det er ligeledes overraskende hvor mange timer respondenterne i gennemsnit har anvendt på uddannelse, da det konservativt sat svarer til to arbejdsår.

Næsten samtlige respondenter har kendskab til RAB registrering og omkring halvdelen er registreret. Dette tal må formodes at bliver højere i nær fremtid, da ordningen stadig er så ny, at flere respondenter ikke har haft tid til at få opfyldt alle kravene til registrering, eller har haft tid til at frembringe dokumentation herfor.

Det skal bemærkes, at hovederhverv defineres af respondenterne selv og således kan indbefatte en meget varieret arbejdsuge, men i gennemsnit er den sat til 35 timer. En anden

omstændighed, der skal holdes i mente er, at 41% af respondenterne har zoneterapi som primær beskæftigelse, hvorved denne gruppe vægter højt i beregningen af det samlede gennemsnit.

Gennemsnitlig har respondenterne været aktive i 9 år. Dette forholdsvis lave tal skal ses i lyset af, at hovedparten af respondenterne har haft en anden erhvervmæssig beskæftigelse inden KAB.

Umiddelbart kan det være svært at sætte respondenterne i bås, da de ikke afviger markant fra hinanden på mange områder. Det er dog muligt at KAB typerne kan grupperes i manuelle terapier og spirituel rådgivning.

Manuel terapi omfatter eksempelvis akupunktører, zoneterapeuter, heilpraktiker, kranio-sakral terapeuter, mens spirituel rådgivning eksempelvis omfatter hypnoterapeut/ hypnotisør, clairvoyante og healere. De to grupper adskiller sig især fra hinanden inden for følgende variable: erhvervsuddannelse, RAB registrering, momsfritagelse, uddannelse inden for KAB, journalføring samt kræftbehandling.

Blandt de manuelle terapeuter er andelen med en sundhedsfaglig erhvervsuddannelse højere og samtidig har gruppen en mere omfattende uddannelse indenfor KAB. Andelen som opfylder betingelserne for RAB registrering samt momsfritagelse er større fra denne gruppe. Endnu en faktor, der adskiller de to grupper er, at manuelle terapeuter i langt højere udstrækning fører journal og indsamler effektvurdering af behandlingerne. Til sidst kan nævnes, at spirituelle rådgivere i langt mindre grad angiver at blive kontaktet af kræftklienter, og i cirka halvdelen af svarene fra clairvoyante og hypnoterapeuter/ hypnotisør, angiver disse, at de vælger ikke at yde behandling til denne klientgruppe.

Der er endvidere forskel på de to gruppers accept i befolkningen, ligesom man måske kan diskutere graden af folks opfattelse af ”hvad er alternativt og hvad er ikke alternativ behandling”. Manuelle terapier anses i langt mindre grad som alternativ, da effekten ofte kan mærkes med det samme, ligesom der er en direkte berøring mellem behandler og klient – det er der ikke i den anden gruppe. Desuden anvender flere virksomheder i Danmark fx massage og zoneterapi som et medarbejdergode. Den første gruppe er i højere grad accepteret af lægevidenskaben, da flere kræftklienter bliver henvist fra det etablerede sundhedsvæsen til denne gruppe.

6. Konklusion

Der er, som ventet, mange komplementære og alternative behandlere i Danmark. Et kvalificeret bud tyder på, at der er godt 2.700 aktive, organiserede KAB'er i Danmark, svarende til omkring 50 KAB'er pr. 100.000 indbyggere. Dette er noget færre end alment praktiserende læger på omkring 65 per 100.000 indbyggere og praktiserende tandlæger på omkring 54 per 100.000 indbyggere. Vurderingen supplerer de fund, som SIF's undersøgelse (4) er kommet med, nemlig at komplementær og alternativ behandling vinder større og større indpas i det danske samfund.

Den typiske KAB behandler er en 50-årig kvinde, der har været aktiv behandler i 9 år. Generelt synes de alternative behandlere i Danmark at være veluddannede inden for området. Det er estimeret, at danske KAB'er har brugt mere end 2 arbejdsår på deres KAB uddannelse, og mange fortsætter med at videreudanne sig. Kun ½% har angivet at være autodidakte; her underforstået, at man ikke har fulgt et behandlerorienteret kursus eller har videreuddannet sig.

Det at blive KAB er ofte et valg, mange først foretager efter de har taget én erhvervsuddannelse. Således har 88% taget en erhvervsmæssig uddannelse foruden KAB, og 98% af disse har haft erhvervsmæssig beskæftigelse inden de blev KAB. Det fremgår endvidere af resultaterne, at knap tre tiendedele af de, der har haft en erhvervsuddannelse inden de blev KAB, har haft det inden for det sundhedsfaglige område.

De tre oftest angivne bevæggrunde for, hvorfor man er blevet KAB er: 1) man er selv blevet behandlet af en KAB, 2) Utilfredshed med det etablerede sundhedsvæsen, og 3) Man havde læst om KAB. At den primære bevæggrund for, hvorfor man har valgt at blive KAB er, at man selv er blevet behandlet af en anden KAB må afspejle en vis tilfredshed med den behandling, man har modtaget hos disse. Dette hænger nok delvist sammen med den næst hyppigste bevæggrund, nemlig utilfredshed med det etablerede sundhedsvæsen. Her kunne man tro, at de, der havde en sundhedsfaglig baggrund muligvis udskilte sig. Resultaterne taler dog ikke herfor.

Generelt er det vanskeligt at sætte den danske komplementære og alternative behandler i bås. Behandleren er sjældent kun behandler inden for "et område" – i stedet søger de at udvide deres kompetencer via kursusdeltagelse og videreuddannelse inden for "branchen". Det er således ikke ualmindeligt, at fx en akupunktør eller zoneterapeut også kan tilbyde rådgivning/behandling indenfor andre KAB typer fx heilpraktik. Dette skyldes nok en kombination af interesse for KAB som helhed, bl.a. da flere af områderne overlapper, men også at markedet måske (endnu) ikke kan bære antallet af behandlere i Danmark. Man må udvikle kompetencer for at kunne tiltrække klienterne. Dette afspejles måske også i, at ca. halvdelen af respondenterne har andet erhverv ved siden af det komplementære og alternative.

Dette er måske også en del af forklaringen på, hvorfor RAB ordningen generelt er blevet godt modtaget af respondenterne. Det alternative sundhedsmarked har længe været kritiseret for at være et uigennemskueligt marked, hvor man bl.a. ikke har været klar over behandlernes faglige kvalitet. Ved at blive RAB registreret kan behandleren vise over for klienten, og omverden generelt, at man opfylder visse minimumskrav som behandler i forhold til uddannelse, etik og god klinisk praksis, uden at det dog bliver til en egentlig blåstempling af området.

Ikke uventet har langt de fleste af respondenterne egen klinik. Denne ligger oftest på privatadressen. Kun knap en fjerdedel har klinik ”i byen”. I alt arbejder lidt over en fjerdedel sammen med andre behandlere på klinikken og i gennemsnit har disse 3 kollegaer.

Den høje andel af respondenter med klinik i hjemmet, skal nok forklares ved, at behandlingerne ofte ikke kræver mere end et aflukket rum. Desuden kan den halvdel af respondenterne, som ikke er beskæftiget med KAB, som hovederhverv bedre passe behandlingerne ind i hverdagen og samtidig spares omkostningerne til separat husleje.

Omkring en fjerdedel af den gennemsnitlige bruttoomsætning på knap 150.000 kr. anvendes til husleje, el etc. Bruttoomsætningen varierer alt efter hvilken beskæftigelsesgrad behandleren har. Respondenter med KAB som hovederhverv har et gennemsnit på 234.000 kr., mens respondenter med KAB som bierhverv knap har 53.000 kr. Den samlede omsætning for branchen blev estimeret til 400 mio. kr. Inddrages salget af naturmedicin formodes tallet at nærme sig 408 mio. kr. Hertil kommer, at 85% er momsfritaget.

Prisen på en halv times behandling ligger på omkring 150 kr. og en gennemsnitlig behandling tager 75 min. Den første konsultation er lidt længere end de efterfølgende konsultationer. Et behandlingsforløb tager i gennemsnit 6 konsultationer, men tallet varierer meget, især da en stor del af klienter anvender KAB som forebyggelse eller som wellness.

At der er så mange behandlere på markedet, gør det måske mere nødvendigt at få sig godt markedsført. Respondenterne i undersøgelsen anvender i gennemsnit 4 forskellige markedsføringsmetoder. De oftest anvendte metoder er internetbaserede – egen hjemmeside eller registrering på fælles hjemmeside. ”De gule sider”, aviser og brochurer er andre angivne markedsføringsmetoder. Til trods herfor, vurderes det, at størstedelen af de klienter, der søger KAB, har gjort dette på baggrund af en anbefaling fra venner/familie (knap 60 %). Dette afspejler, at KAB fortsat er en perifer ydelse, som måske ikke søges som førstevalg, med mindre man har hørt herom fra andre. ”Mund-til-mund” metoden er således med til at fremme udbredelsen af KAB som behandlingsform. At KAB ydelsen ikke nødvendigvis er klienternes førstevalg som behandlingsform, afspejles også i, at respondenterne har vurderet, at ca. 60 % af klienterne tidligere har været under behandling i det etablerede sundhedsvæsen for samme problem, som de har opsøgt KAB behandleren med.

En del klienter er samtidig i behandling i både det etablerede og det alternative system for samme lidelse. Det kan skyldes, at den alternative/komplementære behandler har bedre tid til sætte klienten i centrum end fx den praktiserende læge. En anden årsag kan være, at KAB behandleren kan modvirke nogle af de bivirkninger, som fremkommer ved fx kemoterapi.

Syv ud af ti alternative behandlere fører journal over alle deres klienter, og yderligere en ud af fem gør det for enkelte af deres klienter. Kun en ud af ti fører overhovedet ikke journal. Der er dog stor variation mellem de forskellige behandler typer. Hvor klassisk homøopater fører journal over alle klienter, er der stort set ingen clairvoyante, der gør dette. Dette hænger sikkert sammen med behandlingens type. Klassisk homøopati er naturmedicinsk behandlingen af klienter, og klienterne har flere gentagne besøg. Samme

tendens gør sig gældende i forbindelse med indsamling af oplysninger vedrørende effekten af behandlingen. Den mest anvendte metode er at udspørge klienterne om egen oplevelse af effekten ved slutningen af behandlingsforløbet. Mere standardiserede tests og /eller spørgeskemaundersøgelser anvendes ikke nær så ofte. Dette kunne dog være værd at overveje, såfremt man ønsker mere valide og generaliserbare effektdata for evt. forskning inden for området, hvilket ikke mindst set i lyset af det fokus, der har været på det komplementære og alternative område inden for især det sidste årti. Der bliver foretaget effektundersøgelser, og nærværende undersøgelse viser, at en tiendedel af respondenterne har deltaget i forskningsprojekter. På nuværende tidspunkt er kun 2 % tilknyttet et projekt.

Der er ikke umiddelbart noget der tyder på, at samarbejdet mellem det alternative sundhedsmarked og det etablerede sundhedsvæsen er veludbygget. Behandlerne har således vurderet, at kun omkring 4% af deres klienter er henvist fra det etablerede system. Det går lidt bedre den anden vej; behandlerne henviser både til andre KAB (gns. 11%) og til det etablerede sundhedsvæsen (ca. 13%). Samme tendens gør sig gældende for henvisningsmønstret for klienter med kræft. Dette afspejler muligvis, at man som KAB erkender, at der er visse begrænsninger. Man kan ikke behandle alle og henviser gerne til nogle, der muligvis er bedre til at gøre dette.

Især i de seneste år har der været stor politisk bevågenhed vedrørende kræftpatienters brug af komplementær og alternativ behandling, og undersøgelsen viser, at halvdelen af respondenterne bliver kontaktet af kræftfrakte personer. Det er især mennesker med brystkræft som opsøger KAB og hovedparten anvender KAB som supplement til den behandling de modtager i det etablerede sundhedsmarked.

Referencer

- (1) Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. Sundhedsstyrelsen 2005.
- (2) ViFAB. Hvad er alternativ behandling. Videns- og forskningscenter for alternativ behandling, ViFAB 2001.
- (3) Langhoff Lønroth H, Ekholm O. Alternativ behandling i Danmark - brug, brugere og årsager til brug. Ugeskrift for læger 2006 Feb 13.
- (4) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987 (SUSY-2005). Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
- (5) Kræftens Bekæmpelse. Politik om alternativ behandling. www.cancer.dk 2004.
- (6) Damkier A. Kræftpatienters brug af alternativ behandling [Ph.d.-afhandling] Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet; 2000.
- (7) Launsø L. En beskrivelse af zoneterapeuters klienter & En beskrivelse af zoneterapeutisk praksis i Danmark. Sundhedsstyrelsens Råd vedr. alternativ behandling; 1993.
- (8) Eriksen L, Jensen Møller J. Zoneterapeuters klienter. Danmark. Et nordisk databaseprojekt. FDZ Forenede Danske Zoneterapeuter; 2006.
- (9) Rosted P. Akupunktur og cancer patienter. www.akupunkturnyt.dk 2005.
- (10) ViFAB. Momsfritagelse - muligheder og krav. Videns- og forskningscenter for alternativ behandling, ViFAB 2003.